

四種混合1期(1回目・2回目・3回目)・追加
予防接種予診票(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) (市提出用)

※保護者の方は太枠のながをボールペンでご記入ください。

※このわくの中に表
整理番号を記入し

(記入例)

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住 所	春日部市				四種混合の接種回数 追加	1	年	月	日		
フリガナ	男	TEL	()			2	年	月	日		
受ける人の氏名	女	生年	平成	年		月	日	生	日		
保護者の氏名	保護者の氏名		月日	(満		歳	か	月)	追加	年	月

※母子健康手帳を必ず確認の上、今までに接種した日をご記入ください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」を読みましたか	はい いいえ	
2. お子さんは、右記の予防接種を受けたことがありますか	①三種混合 ない・1回・2回・3回 ②経口生ポリオ ない・1回 ③不活化ポリオ ない・1回・2回・3回	
3. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
4. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい いいえ	
5. 最近1か月以内に病気がかりましたか 病名 () 月 日 ~ 月 日・服薬 有・無	はい いいえ	
6. 1か月以内に家族や遊び仲間へ麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 () 月 日 家族、遊び仲間	はい いいえ	
7. 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
8. 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () いつ (月 日)	はい いいえ	
9. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい いいえ	
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 か月頃)	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	
11. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬品名 () 食品名 ()	はい いいえ	
12. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい いいえ	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある ない	
14. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
15. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
16. 今日の予防接種について質問がありますか ()	はい いいえ	

医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 具合合わせた方がよい) と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。
 保護者自署 代理者(同伴者)の氏名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名:	(皮下接種)	実施場所	接種年月日 平成 年 月 日
Lot No. 製造番号	ml	医師名	
最終有効年月日	(接種部位)	接種年月日	
	右 左		

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、その注射を3〜6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が高くなる場合があります。