

- ①ヒブ(1・2・3・4) ②小児用肺炎球菌(1・2・3・4) ③B型肝炎(1・2・3) ④BCG
 ⑤四種混合(1・2・3・4) ⑥MR(1・2) ⑦水痘(1・2) ⑧日本脳炎(1・2・3・4) ⑨DT
 ⑩子宮頸がん(1・2・3) ⑪その他()
 ↑○で囲んでください

予防接種予診票

宝塚市

住 所	生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳 か月)		
電話番号				
受ける人の氏名	男・女	診察前の体温	医師記入欄	
保護者の氏名		度 分		
質 問 事 項		回答欄		
1 現在宝塚市に住民票がありますか		はい	いいえ	
2 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読み、理解しましたか		はい	いいえ	
3 7歳未満のお子さんを持つ方のみご記入ください 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 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか		あった あった ある	なかった なかった ない	
4 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()		はい	いいえ	
5 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		はい	いいえ	
6 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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 ()		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 ()		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いわれましたか		いいえ	はい	
10 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃		はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか		いいえ	はい	
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		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	
17 13歳以上の女性の子どもを持つ方のみご記入ください 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか		はい	いいえ	
医師記入欄 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・見合わせた方がよい)と判断 保護者(本人)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・説明等を受け、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。 保護者自署 [] 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。				
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 Lot No. (注)有効期限がきれいがないか要確認	mL	実施場所 医師名 接種年月日	年 月 日	

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。

※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、この注射を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出ないことがあります。