

ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ 4種混合ワクチン予防接種予診票

事前に住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

接種歴	4種混合接種歴 (なし・1回目 年 月 日、2回目 年 月 日、3回目 年 月 日)	診察前の体温	度 分
	単独ポリオ接種歴 (なし・1回目 年 月 日、2回目 年 月 日、3回目 年 月 日)	予診年月日	平成 年 月 日
	3種混合接種歴 (なし・1回目 年 月 日、2回目 年 月 日、3回目 年 月 日)		
住所	広島市 区 電話：() -		
受ける人の氏名		男・女	生年 平成 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 か月)

次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか	はい いいえ	
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 なかった あった なかった ある ない	
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	
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	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
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	
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	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ はい いいえ	
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	
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	
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	
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	
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	
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種年月日	
ワクチン名	皮下接種 0.5 mL	所在地	
Lot No.	接種部位 右腕・左腕・右足・ 左足・その他()	医療機関名	
(注)有効期限が切れていないか要確認		医師名	
		接種年月日	平成 年 月 日

(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、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。