

# 5種混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)予防接種 予診票

(※欄は記入しないでください。)

第1期初回( 1回 2回 3回 ) 第1期追加

※診察前の体温

度 分

住 所	仙台市 区		(電話 )		
フリガナ		男・女	生 年 月 日	年 月 日 生	生年月日は和暦で記入してください。
受ける人の氏名			(満 歳 カ月)		
保護者の氏名					

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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いわれたことがありますか	あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>
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 例:下痢など( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1カ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのときに熱が出ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6カ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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		

※予防接種登録医療機関で使用できます

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 )。 [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	※接種方法・接種量	※実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 <input type="checkbox"/> ゴービック <input type="checkbox"/> クイントバック Lot No.	<input type="checkbox"/> 皮下 <input type="checkbox"/> 筋肉内 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

(\*)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、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

仙台市(5年保存)

# 5種混合ワクチン(DPT-IPV-Hib)予防接種 個人票

第1期初回( 1回 2回 3回 ) 第1期追加

仙台市

住 所	仙台市 区		※実施場所・医師名・接種年月日		
フリガナ		男・女	年 月 日 生	実施場所:	
受ける人の氏名			(満 歳 カ月)	医師名:	
保護者名			子との続柄	接種年月日:	
				ワクチンLotNo.	接種量: 0.5 ml

生年月日・接種年月日は和暦で記入してください。