

予防接種申込書及び予診票 (神戸市定期及び勧奨予防接種用)

(平成 年 月 日)

この予診票は、非常に大切なものですからくわしく記入して、氏名の欄に署名してください。

診察前の体温 度 分

住所	神戸市 区 町 通 丁目 番 号 ☎ ()				
受ける人	氏名		男 女	保護者の氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月)		つれてきた人の氏名	
本日希望する予防接種 ○印をつけてください		1. ジフテリア・百日咳・破傷風 (DPT) 2. ジフテリア・破傷風 (DT) 3. 麻しん・風しん (MR) 4. 麻しん (はしか) 5. 風しん (三日ばしか) 6. 日本脳炎 7. インフルエンザ 8. おたふくかぜ 9. 破傷風 10. ヒブ 11. 小児用肺炎球菌			
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、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書(予防接種券綴り)または、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、理解しましたか。			いいえ	はい	
2. 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 () グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか。			あった	なかった	
3. 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。()			あ る	な い	
4. (1) 4週間以内にポリオ、BCG、麻しん(はしか)、風しん(三日ばしか)、麻しん風しん混合(MR)、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう)のいずれかの予防接種を受けましたか。 (2) 1週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 (3) いままで受けた予防接種で、特に具合が悪くなったことがありますか。 (その種類)			うけた うけた あ る	うけない うけない な い	
5. (1) いま、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 また、1か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。 麻しん(はしか)、風しん(三日ばしか)、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他病名 () (かかったのは 年 月 日) (2) いま、何か薬を飲んでいますか。 (3) いま、しっしんなど皮膚の病気がありますか。			い る い る い る あ る	い ない い ない い ない な い	
6. (1) いままで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) (2) ぜんそくや鼻アレルギーが起こったり、じんましんやしっしんのできやすいほうだと思いませんか。 (3) たまごを食べて皮膚に発疹やじんましんが出たり、下痢(はらくだし)、呼吸困難、ショックをおこしたことがありますか。			あ る 思 う あ る	な い 思 わない な い	

裏面につづく

7. いままでひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (1) そのとき熱が出ましたか。(度 分くらい) (2) 平成 年ごろまでに 回くらいおこした。	あ る あ る	な い な い	
8. いままで心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。 あれば病名() 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。	あ る いいえ	な い は い	
9. 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。	い る	い ない	
10. 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()	い る	い ない	
11. 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。	い る	い ない	
12. 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。	う けた	う け ない	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	あ る	な い	
14. 女性の場合今妊娠している可能性(生理が遅れている等)がありますか。※すべての生ワクチン(麻疹、風しん、麻疹・風しん混合、おたふくかぜ)は妊娠中の接種はできません。風しん、麻疹・風しん混合ワクチン接種後2か月間の避妊が必要です。	あ る	な い	
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・見合わせたほうがよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の結果、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。 <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印 鄭 輝 男</p>			

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。

この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者又は保護者自署 _____

今日接種した予防接種の種類 (①~⑩の記載はワクチン番号を示す) (□にチェックおよび下線部分に○印を記入)	使用ワクチン・接種量 (同時接種した場合は、左記ワクチン番号①~⑩を用いて併記してください)	実施場所・医師名・接種年月日
<input type="checkbox"/> ①DPT 三種混合 1期 (1・2・3回目・追加) <input type="checkbox"/> ②DT 二種混合 2期 <input type="checkbox"/> ③麻疹風しん混合 (MR) <input type="checkbox"/> ④麻疹 (単抗原) <input type="checkbox"/> ⑤風しん (単抗原) <input type="checkbox"/> ⑥日本脳炎 (1期 1・2回目・追加 / 2期) <input type="checkbox"/> ⑦インフルエンザ (1・2回目) <input type="checkbox"/> ⑧おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ⑨破傷風 <input type="checkbox"/> ⑩ヒブ (1・2・3回目・追加) <input type="checkbox"/> ⑪小児用肺炎球菌 (1・2・3回目・追加)	製造所名/Lot. No. 接種量 (ml) 有効期限 定期接種 勧奨接種	実施場所 てい小児科クリニック 医師名 鄭 輝 男 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、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、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出ないことがあります。