

# DT予防接種のお知らせ

|       |   |     |    |
|-------|---|-----|----|
| 該当者氏名 |   |     |    |
| 生年月日  | 年 | 月   | 日生 |
| 年齢    | 歳 | 月   | 性別 |
| 実施日   |   |     |    |
| 受付時間  |   |     |    |
| 実施場所  |   |     |    |
| 整理番号  |   | 期/回 |    |

様

(保護者氏名住所)

## DT予防接種通知書

### 予防接種に関する一般的注意

#### ◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は、お子さんの体調のよい時に受けるものです。お子さんの健康状態には充分気をつけましょう。何か心配のあるときは、かかりつけの医師にご相談下さい。
2. 予診票は、お子さんの健康状態に詳しい保護者が記入し、親子（母子）健康手帳と一緒に持参して下さい。また、お子さんの健康状態をよく知っている保護者がつれて行きましょう。
3. 受ける前日は入浴させ、体を清潔にしましょう。
4. 受ける予防接種についての必要性や副反応についてよく理解しておきましょう。
5. 麻しんにかかった場合は治癒後4週間程度、その他（風しん、水ぼうそう及びあたふくかぜ等）の疾患にかかった場合は治癒後2～4週程度の間隔をおいて接種となります。しかし、いずれの場合も一般状態を主治医が判断し、接種間隔を決定する必要があるため、かかりつけ医にご相談ください。

#### ◎予防接種を受けた後の注意

1. 接種後は、接種部位を清潔に保ちましょう。
2. 接種後に過度の運動をすると、体調の変化を来すおそれがあるので、ワクチン接種当日及び生ワクチンによる副反応が出現した時は治癒するまで避けてください。

#### ◎予防接種を受けることができない子

1. 接種会場で測定した体温が、37度5分以上あるお子さん。
2. 重い病気にかかっていることが、明らかなお子さん。
3. 予防接種を受けて、30分以内にひどいアレルギーを起こしたことがあるお子さん。
4. その他、医師が不適当な状態と判断したお子さん。

※予診票は、お子さんを診て接種して下さるお医者さんへの大切な情報ですので、責任をもって記入するようにしましょう。

## DT 予防接種予診票

|        |   |   |      |
|--------|---|---|------|
| 診察前の体温 | 度 | 分 | 電話番号 |
|--------|---|---|------|

|         |        |           |           |
|---------|--------|-----------|-----------|
| 住 所     | 浦添市    |           |           |
| 受ける人の氏名 | 男<br>女 | 生月<br>年 日 | 平成 年 月 日生 |
| 保護者の氏名  |        |           | (満 歳 カ月)  |

| 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  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。<br>出生体重 ( )g 分娩時に異常がありましたか。<br>出生後に異常がありましたか。<br>乳児検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<br>あった なかった<br>ある ない |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。<br>具体的な症状を書いてください。( )   | はい  いいえ                       |       |
| 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。<br>病 名( )   | はい  いいえ                       |       |
| 1ヵ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。<br>病 名( )  | はい  いいえ                       |       |
| 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                       |       |
| 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。<br>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に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   | はい  いいえ                       |       |
| そのときに熱が出ましたか。   | 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がありますか。<br>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ヵ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                       |       |
| <b>医師記入欄</b><br>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。<br>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。<br>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 ) ※かっ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                     | 実施場所・医師名・接種年月日                  |
|--|---------------------------|---------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>(注)有効期限が切れていないか要確認 | (皮下接種)<br>上腕・大腿<br>0.1 mL | 実施場所<br>医 師 名<br>接種年月日 令和 年 月 日 |