

Hib(ヒブ) ワクチン予防接種のお知らせ

様

(保護者氏名住所)

Hib(ヒブ)ワクチン予防接種通知書

該当者氏名			
生年月日	年	月	日生
年齢	歳	ヵ月	性別
実施日			
受付時間			
実施場所			
整理番号		回数	

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、風しん、水ぼうそう及びおたふくかぜ等の疾患にかかった場合は治癒後、一定期間の間隔をおいて接種となります。いずれの場合も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. 予防接種後の副反応の出現に注意しましょう。
2. 接種後は、接種部位を清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、注射した部分をこするのはやめましょう。
3. 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、静かに休ませましょう。

◎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、医師が不適當な状態と判断したお子さん。

※ 他市町村でこの予防接種を受けた方は、予防接種担当に連絡して下さい。

浦添市保健相談センター TEL: 875-2100

Hib (ヒブ) ワクチン予防接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

回数		今日受ける Hib (ヒブ) ワクチンは何回目ですか。(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目)		診察前の体温	度	分
住所	浦添市 <small>(住民登録のある市町村の住所を記入)</small>			TEL	()	-
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	()	男・女	Hib (ヒブ) ワクチン接種歴	1回目 (平成 令和 年 月 日)		
生年月日	令和 年 月 日 (満 歳 カ月)		※過去に Hib(ヒブ)ワクチンを接種したことがある方は、接種日を記入してください。	2回目 (平成 令和 年 月 日)		
保護者氏名				3回目 (平成 令和 年 月 日)		

予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。医師の大切な情報源となりますので、責任持って記入しましょう。接種後は市町村に提出され、5年間保管されます。

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の説明文(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2	お子さんは Hib (ヒブ) ワクチンを受けたことがありますか。 「はい」の場合は、上記「Hib (ヒブ) ワクチン接種歴」も記入してください。	はい	いいえ	
3	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。	はい	いいえ	
	出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
3	乳幼児検診などで異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
5	1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
6	1カ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、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	1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日 ()	はい	いいえ	
8	生まれてから今までに、先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、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	
	現在、投薬や治療を受けている方は、具体的な内容を記入してください。 () その病気をみてもらっている主治医には、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	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 カ月頃) そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10	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・食品名など ()	はい	いいえ	
11	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	
12	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。 予防接種名 () 症状 ()	ある	ない	
13	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	
14	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	いいえ	
15	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・接種するワクチンの有効性及び副反応、ウシ成分の使用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。

医師の署名又は記名押印 _____

保護者の記入欄

医師の診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び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。
また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
※有効期限が切れていないか要確認	※(皮下接種) 0.5ml 上腕 ・ 大腿 (右 ・ 左)	実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日