

5種混合ワクチン予防接種 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5種(4種)混合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		5種(4種)混合ワクチン接種歴		1回目(平成 年 月 日)	
生年月日		(満 歳 カ月)		※過去に5種(4種)混合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 年 月 日)		3回目(平成 年 月 日)	
保護者氏名									

(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	
2	お子さんは5種(4種)混合ワクチンを受けたことがありますか。 「はい」の場合は、上記「5種(4種)混合ワクチン接種歴」を記入してください。	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。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健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ヵ月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい	いいえ	
6	1ヵ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ヵ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は、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() 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	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()	はい	いいえ	
12	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	
13	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・目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名又は記名押印 _____

保護者の記入欄

医師の診断・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) ※かつこの中のどちらかを○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・方法・部位 皮下接種・筋肉接種 上腕 ・ 大腿 (左 ・ 右) 0.5ml	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入下さい。) 実施場所： 医師名： 接種(予診)年月日： 令和 年 月 日
-------------------------------------	--	---