

5種混合 予防接種予診票

みやま市 ①市用

該当するものに☑を付けてください

| 診察前の体温 | | 度 | 分 | 度 | 分 |
|---|------|----|-------|-------|----------------|
| 住 所 | みやま市 | | | TEL | □□□□-□□□□-□□□□ |
| フリガナ | | □男 | 生年 | □□□□ | 年 □□月 □□日生 |
| 受ける人の氏名 | | □女 | 月日 | (西暦) | (満 □□歳 □□か月) |
| 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から配られている説明書を読みましたか | | | □はい | □いいえ | |
| お子さんは、四種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。 | | | □はい | □いいえ | |
| お子さんは、インフルエンザ菌b型(Hib)ワクチンの接種を受けたことがありますか。 | | | □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 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 | □なかった | |
| 平熱は何度ですか | | | (約 度) | | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください() | | | □はい | □いいえ | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名() 月 日～ 月 日まで | | | □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 | |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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 | □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か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日 月 日 | | | □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、医師の診察を受けたことがありますか 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 | |
| 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 今までに 回、最後のけいれん 年 月頃 | | | □はい | □いいえ | |
| そのときに熱がでましたか(度 分) | | | □はい | □いいえ | |
| 薬や注射や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか(薬・食品名) | | | □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り、発疹ができたことがありますか 予防接種の種類() 症状() | | | □あ る | □な い | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか | | | □はい | □いいえ | |
| 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 | | | □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 | |

(注) 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、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

| | | |
|-----------|--|------------|
| 記 医 入 欄 師 | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は | 医師署名又は記名押印 |
| | (□可能・ □見合わせる(理由)) 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した。 | |

| | |
|-----------|--|
| 記 保 入 欄 者 | 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) |
| | 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、本予診票が市に提出されることに同意します。 (保護者自署) |

| | | | |
|---|--------------|---------|--------------------|
| ワクチンロット番号 | 接種方法・接種量 | 実施医療機関名 | |
| シール貼付位置 | □皮下接種 □筋肉内接種 | 医 師 名 | |
| ※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください。 (注)有効期限が切れてないか確認 | 0.5 ml | 接 種 日 | (西暦) □□□□年 □□月 □□日 |