

## 四種混合予防接種予診票

接種回数	初回免疫 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加免疫	診察前の体温	度	分
住所		電話	-	-
フリガナ		生年月日	平成	年 月 日
接種を受ける人の氏名	男・女		( 満 歳 ヵ月 )	
(保護者の氏名)				

質問事項(あてはまる項目を○でかこんで下さい)	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、説明文を読みましたか	はい	いいえ	
お子さんは、経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	0回 ・ 1回 ・ 2回		
お子さんは、不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
お子さんは、3種混合(DPT)ワクチン接種を受けたことがありますか。	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回		
接種を受ける方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	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ( )	ある	ない	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友だちで麻疹、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 ( )	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( / )	はい	いいえ	
今までに特別な病気(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( )	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	ある	ない	
そのときに熱がでましたか	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 症状( )	ある	ない	
接種を受けられる方の近親者の中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	
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 予防接種名( )	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	いる	いない	
今日の予防接種について質問がありますか	ある	ない	

## 医師の記入欄

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・副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明しました。

医師の署名又は記名押印

## 保護者(本人)記入欄

医師の診察及び説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、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。

保護者の署名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
テトラビック <sup>®</sup> 皮下注シリンジ	0.5 mL 皮下接種	実施場所		
	接種部位	医師名		
Lot No.	(左・右)上腕伸側	接種年月日	平成	年 月 日