

※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。

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

| 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。 | いいえ | はい | |
| 保護者の方に、お子様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。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 最近、1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名() | はい | いいえ | |
| 1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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 | |
| 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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。 | いいえ | はい | |
| 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 | |
| その時熱はでましたか。 | 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はありますか。 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ことはありますか。 予防接種名() | はい | いいえ | |
| 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 | |

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・副反応、ウシ成分の使用及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師署名又は記名押印[]

保護者記入欄

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、予防接種の効果や副反応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。
保護者の署名[]

| 使用ワクチン名 <small>(外箱に添付されている製造番号シールを貼付いただいても結構です)</small> | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--|------------------------------------|--|
| 名称：乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(破傷風トキソイド結合体) メーカー名：サノフィパスツール第一三共ワクチン 製造番号： | 皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部 | 医療機関名： 医師名： 接種年月日：平成 年 月 日 () 時 |