５種混合ワクチン予防接種予診票（２月～９０月）

接種回数	１期初回 （ １回目 ・ ２回目・ ３回目 ）	１期追加（４）

※太い線で囲まれたところを記入するか〇で囲んでください。

フリガナ		性 別	生 年 月 日	接種場所での体温
受ける人の氏名		男・女	年 月 日 （満 才 か月）	度 分
住 所 電話番号	大牟田市 （TEL ）		フリガナ 保護者氏名	

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大牟田市から配られた説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2 今までに四種混合又は、ヒブの予防接種をしたことがありますか。	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。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	 はい はい はい	 いいえ いいえ いいえ	
4 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください（ ）	はい	いいえ	
5 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	
6 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て接触がありましたか。 病名（ ）	はい	いいえ	
7 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 年 月 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、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。	いいえ	はい	
9 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ 歳 月 頃）	はい	いいえ	
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。	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（ ）	はい	いいえ	
13 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	
14 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	
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	

◎この用紙は２部複写です。ノーカーボン用紙ですからボールペンでお書きください。

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（ **１ 実施できる ・ ２ 見合わせたほうがよい** ）と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度に基づく救済について説明しました。

医師のサイン ＿＿＿＿＿＿＿＿

予診の結果や説明を受け、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〇で囲んでください。

この予診票は法令(個人情報保護法)に基づき、適切に保管し、他の目的で使用することはありません。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 **保護者のサイン** ＿＿＿＿＿＿＿＿

接種年月日	年 月 日	皮下・筋肉内 接種量0.5 ml	医療機関 コード番号 住 所 名 称 判定接種医師名	
使用ワクチン ワクチン名 Lot No.	、	接種部位 上腕（左・右） ・上腕伸側 ・三角筋外側		

（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。