

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・BCG・MR・水痘・日本脳炎・4種混合・2種混合 予防接種予診票

回数	1回目・2回目・3回目・4回目	診察前の体温	度	分
住所	石狩市	☎		
ふりがな		男	生年	年月日生
受ける方の氏名		女	月日	歳 ヵ月
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の効果と副反応について説明書などを読み理解しましたか	はい	いいえ	
発育歴について 分娩時に異常がありましたか	なかった	あった	
出産後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
今日は、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()	いいえ	はい	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1か月以内に家族や身の周りの方に麻疹、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()	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	いいえ	はい	
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()	いいえ	はい	
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)	いいえ	はい	
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、具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
ラテックス(天然ゴム製品)過敏症、又は果物にアレルギーはありますか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	いいえ	はい	
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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・副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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)※どちらかを〇で囲んでください。

この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、石狩市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) ml	実施場所 医師名
(注)有効期限要確認	接種年月日	年 月 日

(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

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・BCG・MR・水痘・日本脳炎・4種混合・2種混合 予防接種予診票

回数	1回目・2回目・3回目・4回目	診察前の体温	度	分
住所	石狩市	☎		
ふりがな		男	生年	年月日生
受ける方の氏名		女	月日	歳 ヵ月
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の効果と副反応について説明書などを読み理解しましたか	はい	いいえ	
発育歴について 分娩時に異常がありましたか	なかった	あった	
出産後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
今日は、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()	いいえ	はい	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1か月以内に家族や身の周りの方に麻疹、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()	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	いいえ	はい	
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()	いいえ	はい	
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)	いいえ	はい	
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、具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
ラテックス(天然ゴム製品)過敏症、又は果物にアレルギーはありますか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	いいえ	はい	
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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・副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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)※どちらかを〇で囲んでください。

この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、石狩市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) ml	実施場所 医師名
(注)有効期限要確認	接種年月日	年 月 日

(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