

予防接種 予診票

四種混合 1期初回 1・2・3 回目・1期追加 他のワクチン ()

接種するワクチンに○をつけて下さい

ヒブ 1・2・3 回目・追加 肺炎球菌 1・2・3 回目・追加 B型肝炎 1・2・3 回目

住所	大阪市 都島区 ・ () 区		今日の体温	度
ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日
氏名			(満年齢)	(満 歳 カ月)
保護者氏名		電話番号	—	—

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読みましたか。	いいえ	はい	
2	接種を受ける人の発育歴について			
	出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか	いいえ	はい	
	出生後に異常がありましたか	いいえ	はい	
	乳幼児健診で異常を指摘されたことがありますか	いいえ	はい	
3	今、体の具合が悪いところがありますか 具体的な症状 ()	いいえ	はい	
4	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	いいえ	はい	
5	1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気 の人がいましたか 病名 ()	いいえ	はい	
6	4週以内に予防接種を受けましたか (月 日 ワクチン)	いいえ	はい	
7	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、その他の病気で 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うけてよいと言われましたか	いいえ	はい	-
8	6ヵ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	
9	けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか () 歳頃	いいえ	はい	
	そのとき熱はでましたか	いいえ	はい	-
10	薬や食べ物で発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名 ()	いいえ	はい	
11	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	いいえ	はい	
12	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 (ワクチン → 症状:)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
14	今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

医師記入欄	問診、診察の結果、予防接種は(実施できる・見合わせた)と判断します。 医師署名			
保護者記入欄	医師の診察を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで接種を希望します。 保護者署名			
接種日時・場所	平成 年 月 日	こおりやま小児科		
四種混合	0.5ml	左上腕・右上腕	上・下	その他 ml 左上腕・右上腕 上・下
アクトヒブ	0.5ml	左上腕・右上腕	上・下	プレバナー 0.5ml 左上腕・右上腕 上・下

予防接種の受ける際には、次のような目安がありますので、ご注意ください。

- ・風邪などの発熱を伴う病気にかかった場合は、治癒後おおむね1週間あける。
- ・突発性発疹、ヘルパンギーナ、手足口病などにかかったあとは、治癒後1～2週間あける。
- ・麻疹（はしか）にかかったときは、治癒後4週間あける。
- ・風疹、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜにかかったときは、治癒後2～4週間あける。

- ・熱性けいれんを起こした後は、2～3ヵ月あける。

以下のワクチンを受ける際には、予防接種実施申込書（報告書）の記載をしてください。

ヒブ、肺炎球菌、B型肝炎、4種混合、麻疹風疹、水痘、2種混合、日本脳炎、子宮頸がん

※同時接種で複数のワクチンを受ける際でも、予診票は本票1枚でかまいません。