

Hib・肺炎球菌・B型肝炎・4種混合 水痘 ワクチン 接種予診票

※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。

Hib	1回目・2回目・3回目・4回目	4種混合	1回目・2回目・3回目・4回目	診察前 の体温	度 分
肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
水痘	1回目・2回目・3回目				
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 (満 才 日生 カ月)
保護者の氏名					

質問項目	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を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
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。	はい (Hib)	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 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ましたか	はい はい はい	いいえ いいえ 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。 具体的な病状 ()	はい	いいえ	
1ヶ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 病名 () などの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
最近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・発育障害の病気、 血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ()	はい	いいえ	
また、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言われましたか。	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	はい	いいえ	
その時に熱は出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品、天然ゴム(ラテックス)製剤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・製品名など ()	はい	いいえ	
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。	はい (B型肝炎)	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	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。

医師の署名または記名押印 []

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。保護者の署名
以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。(はい・いいえ) []

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
名称:Hibワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 大腿 左 右 上 下	医療機関名: にのみやこどもクリニック 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時
名称:小児用肺炎球菌ワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 大腿 左 右 上 下	
名称:4種混合ワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 大腿 左 右 上 下	
名称:B型肝炎ワクチン 製造番号:	0.25ml	上腕 大腿 左 右 上 下	
名称:水痘ワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 大腿 左 右 上 下	