

五種混合（ジワリ・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ）予防接種予診票

坂戸市

※接種日時点で坂戸市から転出した場合は、この予診票は使用できません。
※機械で読取りを行いますので、太枠内を黒色のボールペンで、楷書ではっきりと記載してください。
※選択項目は□に✓をつけるか塗りつぶしてください。

		診 察 前 の 体 温		度 分	
住 所	坂戸市			性 別	□男 □女
フリガナ			生 年 月 日	令和 年 月 日生	
受ける人の氏名			出生 週 日後	※出生日の翌日を1日として算出	
保護者氏名			電 話 番 号		

今回受けるものを選んでください	初回	☐ 1 回目	接種履歴を記載してください	1 回目	令和 年 月 日
		☐ 2 回目		2 回目	令和 年 月 日
		☐ 3 回目		3 回目	令和 年 月 日
	追加	☐ 1 期追加			

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坂戸市から配られている説明書を読みましたか。		☐ はい ☐ いいえ				
お子さんは、経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。		0 回	1 回	2 回		
お子さんは、単独の不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。		0 回	1 回	2 回		
お子さんは、三種混合ワクチン、又は四種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。		0 回	1 回	2 回	3 回	
お子さん（接種を受ける方）の 発育歴についてお尋ねします。 出生体重（ ）g	分娩時に異常がありましたか。	☐ あった ☐ なかった				
	出生後に異常がありましたか。	☐ あった ☐ なかった				
	乳幼児健診で異常があると言われたことがありましたか。	☐ あ る ☐ な い				
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				
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				
1か月以内に家族や遊び仲間などに麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。 病名（ ）		☐ は い ☐ いいえ				
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）接種日（ ）月 日		☐ は い ☐ いいえ				
これまでに先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・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（ ） その病気の主治医には、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）を起こしたことがありますか。（ ）か月頃） その時に熱は出ましたか。（ ）度）		☐ は い ☐ いいえ				
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。 薬・食品名（ ）		☐ 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。 予防接種の種類（ ）		☐ は い ☐ いいえ				
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。		☐ 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				
これまで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	
☐ 前回接種したワクチン、接種間隔、接種可能期間等を確認しました。	
☐ 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ ☐ 可能 ・ ☐ 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、副反応について説明しました。	
☐ 保護者に対して、予防接種健康被害救済制度等について説明しました。 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、予防接種被害救済制度などについて、理解した上で接種を希望しますか。 （ ☐ 接種を希望します ・ ☐ 接種を希望しません ）	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が坂戸市に提出されることに同意します。 保護者自署	

医師記入欄					
実 施 場 所	接種（予診）年月日		令和 年 月 日		
	接種回数・接種量		接種方法	使用ワクチン	
医 師 名	初回	☐ 1 回目 0.5ml ☐ 2 回目 0.5ml ☐ 3 回目 0.5ml	追加 ☐ 1期追加 0.5ml	☐ 皮下接種 ☐ 筋肉内接種	ここにシールを貼るか下部に Lot No. を記載
		Lot No.			