

[ 予接種予診票(乳幼児・小学生対象)

	診察前の体温	度	分
住所			
受ける人の氏名	男・女	生年	年 月 日生
保護者の氏名		月日	(満 歳 か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予接種について配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
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	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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: )	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
1カ月以内に予接種を受けましたか 予接種の種類 ( )	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	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	
これまでに予接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予接種の種類 ( )	はい	いいえ	
近親者に予接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ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 (B型肝炎ワクチンを受ける方へ) 母子感染予防のために抗HB人免疫グロブリンと併用して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	いいえ	
今日の予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、予接種の効果、副反応及び予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、予接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予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 ) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予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、本予診票が市町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	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	※ (皮下接種)	左	実施場所 滋賀県守山市守山5丁目7-30 滋賀県立小児保健医療センター
Lot No.	m l	・ 右	医師名 接種年月日 令和 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ことがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予接種の効果が出ないことがあります。  
BCGの予接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。

