

ヒブ・小児用肺炎球菌・四種混合・B型肝炎・ロタ接種予診票

※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。

ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加			体温測定	度	分
肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加		1回目・2回目・3回目・追加	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
4種混合	1回目・2回目・3回目・追加		1回目・2回目・3回目・追加	ロタ	1回目・2回目・(3回目)	
住所			TEL	() -		
(フリガナ) 受ける人の氏名			男・女	生年月日	平成	年 月 日
保護者の氏名					才	カ月

質問項目	回答欄		医師確認欄
1. あなたのお子さんの出生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	はい はい	いいえ いいえ	
2. 今日、おさんは身体のぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ	
3. 最近1ヵ月以内に病気やケガでお医者さんにかかりましたか。 病名() 時期(~)	はい	いいえ	
4. 生まれてから今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、その他の病気で、お医者さんにかかりましたか。 病名() 時期(~) その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種を受けてよといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 回数(回) 最後におこした時期() その時に熱は出ましたか。(度 分)	はい	いいえ	
6. くすりや食べ物で皮ふに発疹やじんましんが出たり、身体のぐあいが悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
7. 今まで保健福祉センターなどの乳幼児健診で健康上の注意を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ	
9. 4週間以内に家族や遊び友達に麻疹(はしか)・風しん・水とう(みずぼうそう)・おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。	はい	いいえ	
10. これまでに受けた予防接種で身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類() それはどんな状態でしたか()	はい	いいえ	
11. 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
12. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。	はい	いいえ	
13. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
14. 今日の予防接種について質問がありますか。()	はい	いいえ	
(B型肝炎ワクチン接種の方) 母子感染予防として出生後にB型肝炎ワクチン接種をうけたことがありますか。	はい(B肝)	いいえ	
(B型肝炎ワクチン接種の方) ラテックス過敏症*ですか。 (*ラテックス製の手袋などの天然ゴム製品を使用した時や、ラテックスと交差反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)によるアレルギー反応。)	はい (B肝)	いいえ	
(ロタワクチン接種の方) 生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、病気にかかると通常の回復期間より長引くようなことがありましたか。	はい (ロタ)	いいえ	
(ロタワクチン接種の方) 今日、下痢をしていますか	はい(ロタ)	いいえ	

医師記入欄
以上の予診(問診、検温、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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。
医師の署名または記名押印 [川尻 三枝]

保護者記入欄
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) *かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 保護者の自署(フルネームで記入) []

使用ワクチン名	接種量・方法 (上腕)	実施場所・医師名・接種年月日
ヒブ(Hib)ワクチン 製造番号: メーカー:	皮下注射 0.5ml 接種部位 右・左	医療機関名: きららこどもクリニック 大阪市生野区巽東1-2-14-1F TEL:06-6757-1919 医師名:川尻 三枝
肺炎球菌(7in1)ワクチン 製造番号: メーカー:	皮下注射 0.5ml 接種部位 右・左	
4種混合(DPT-IPV)ワクチン 製造番号: メーカー:	皮下注射 0.5ml 接種部位 右・左	
製造番号: メーカー:	皮下注射 接種部位 右・左	
製造番号: メーカー:	皮下注射 接種部位 右・左	
B型肝炎ワクチン 製造番号: メーカー:	皮下注射 0.25ml 接種部位 右・左	接種年月日:
ロタウイルスワクチン 製造番号: メーカー:	経口接種	