

予防接種申込書及び予診票（神戸市定期及び勧奨予防接種用）

※この予診票は非常に大切なものですから、くわしく記入して、氏名の欄に署名してください。

記入日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
住所	神戸市 区 町 通 丁目 番 号 室 (- -)		
受ける人	氏名	フリガナ	男・女 <small>※受ける人が未成年者（既婚者は除く）の場合保護者の氏名</small>
	生年月日	T・S・H 年 月 日 (満 歳 か月)	つれてきた人の氏名 <small>※接種を受ける人が13歳以上の未成年者で保護者の同意を保護者自署欄にて確認できた場合は、同伴を要しない。</small>
本日希望する予防接種 ○印をつけてください (複数接種される場合は、 接種する全ての予防接種に ○印をつけてください。)		1. ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ (DPT-IPV) 2. ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT) 3. 不活化ポリオ (IPV) 4. ジフテリア・破傷風 (DT) 5. 麻しん・風しん (MR) 6. 麻しん (はしか) 7. 風しん (三日ばしか) 8. 日本脳炎 9. ヒブ 10. 小児用肺炎球菌 11. インフルエンザ 12. 破傷風 13. おたふくかぜ 14. 水痘	
質 問 事 項		回 答 欄	医 師 記 入 欄
1. 今日受ける予防接種について、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書(予防接種券綴り)または、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、理解しましたか。		いいえ	はい
2. 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 () グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか。		あった	なかった
3. 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。()		ある	ない
4. 母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。 (1) 4週間以内に BCG、麻しん (はしか)、風しん (三日ばしか)、麻しん風しん混合 (MR)、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう)、ロタウイルスのいずれかの予防接種を受けましたか。 (2) 1週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 (3) いままで受けた予防接種で、特に具合が悪くなったことがありますか。 (その種類)		うけた	うけない
5. (1) いま、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 また、1か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。 麻しん (はしか)、風しん (三日ばしか)、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他病名 () (かかったのは 年 月 日) (2) いま、何か薬を飲んでいますか。 (3) いま、しっしんなど皮膚の病気がありますか。		いる	いない
6. (1) 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。 (薬品名) (2) ぜんそくや鼻アレルギーが起こったり、じんましんやしっしんのできやすいほうだと思いませんか。 (3) たまごを食べて皮膚に発疹やじんましんが出たり、下痢、呼吸困難、ショックをおこしたことがありますか。		ある	ない
		思う	思わない
		ある	ない

7. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 （1）そのとき熱が出ましたか。（ 度 分くらい） （2）平成 年ごろまでに 回くらいおこした。	あ る あ る	な い な い	
8. いままで心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。 あれば病名（ ） 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いわれましたか。	あ る	な い	
9. 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。	い る	い ない	
10. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか。病名（ ）	い る	い ない	
11. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	い る	い ない	
12. 6か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。	う けた	う け ない	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	あ る	な い	
14. 女性の場合、今妊娠している可能性（生理が遅れている等）がありますか。※すべての生ワクチン（麻疹、風しん、麻疹・風しん混合、おたふくかぜ、水痘）は妊娠中の接種はできません。風しん、麻疹・風しん混合ワクチン接種後2か月間の避妊が必要です。	あ る	な い	
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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>			

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。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者（※未成年者（既婚者は除く）の場合は保護者）自署

今日接種した予防接種の種類 （※①～⑭の記載は、ワクチン番号を示す） （□にチェックおよび下線部分に○印を記入）	使用ワクチン・接種量 （同時接種した場合は、左記ワクチン番号①～⑭を用いて併記してください）	実施場所・医師名・接種年月日
<input type="checkbox"/> ①DPT-IPV 四種混合 1期（ <u>1・2・3回目・追加</u> ） <input type="checkbox"/> ②DPT 三種混合 1期（ <u>1・2・3回目・追加</u> ） <input type="checkbox"/> ③IPV 不活化ポリオ（ <u>1・2・3回目・追加</u> ） <input type="checkbox"/> ④DT 二種混合 2期 <input type="checkbox"/> ⑤麻疹風しん混合（MR） <input type="checkbox"/> ⑥麻疹（単抗原） <input type="checkbox"/> ⑦風しん（単抗原） } <u>1期・2期</u>	製造所名/Lot. No. ----- 接種量（ml） ----- 有効期限	実施場所 中本クリニック 中本博士 医師名 接種年月日 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> ⑧日本脳炎 1期（ <u>1・2回目・追加</u> ）・2期 <input type="checkbox"/> ⑨ヒブ（ <u>1・2・3回目・追加</u> ） <input type="checkbox"/> ⑩小児用肺炎球菌（ <u>1・2・3回目・追加</u> ） <input type="checkbox"/> ⑪インフルエンザ（ <u>1・2回目</u> ） <input type="checkbox"/> ⑫破傷風 <input type="checkbox"/> ⑬おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ⑭水痘	定期接種 ----- 勧奨接種	

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。