

那覇市 4種混合ワクチン(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) 予診票

診察前の体温 () 度 () 分 ※体温は医療機関で測り記入してください。

| | | | | | |
|----------------------------|----------------|--|-------------|------|--------------------|
| 受ける予防接種と回数に ○印をつけてください。 | 1 期初回接種 | | 追加接種 | | |
| | 1 回目・2 回目・3 回目 | | 4 回目(追加) | | |
| 予 防 接 種 を 受 け る 人 | (住 所) 那覇市 | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳 カ月) |
| | (フリガナ) | | | | |
| 保 護 者 の 氏 名 | (氏 名) | | 電話番号 | TEL | - - |

※必ず住民登録している住所を記入してください。那覇市の住民登録者以外がこの予診票で接種する場合は、全額自己負担となります。

| 質 問 事 項 | | 回 答 欄 | | 医 師 記 入 欄 |
|---------|--|------------------|--------------------|-----------|
| 1 | 今日受ける予防接種及び裏面の注意事項を確認しましたか | はい | いいえ | |
| 2 | お子さんは、DPT (三種混合ワクチン) の接種を受けたことがありますか | 0回・1回・2回・3回 | | |
| 3 | 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 | | |
| 4 | お子さんは、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・3回・4回 | | |
| 5 | 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 | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 6 | 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 | |
| 7 | 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 | |
| 8 | 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、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 | |
| 9 | 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 10 | 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防接種を受けてよいといわれましたか | はい | いいえ | |
| 11 | 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 | |
| 12 | 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・食品名 () | はい | いいえ | |
| 13 | 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 | |
| 14 | 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・症状 () | ある | ない | |
| 15 | 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 | はい | いいえ | |
| 16 | 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・見合わせる) 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。

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。

保護者自署

| | | |
|----------------------------------|--|---------------------------------|
| 使用ワクチン名 (使用期限注意) | 接種量及び部位 | 実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入下さい) |
| ワクチン名 (Lot No.) | 皮下接種 0.5 ml | 実施場所 |
| 予診のみ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | 医師名 |
| | | 接種(予診)年月日 年 月 日 |

※予診のみの場合は□にチェックを入れてください。

※太枠内にご記入ください。