

四種混合(DPT-IPV)ワクチン予防接種予診票

沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ(セービン株)混合ワクチン

保護者の方へ:太ワク内にご記入ください。

住所		電話	年 月 日
ふりがな	受ける人の氏名	男女	年 月 日
			(満 歳 カ月)
保護者の氏名		診察前の体温	度 分

※次の事項について、該当するものを○で囲むなど記入してください

今回の接種は	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加			
四種混合ワクチン接種歴	0回	1回	2回	3回
三種混合(DPT)ワクチン接種歴	0回	1回	2回	3回
経口生ポリオワクチン接種歴	0回	1回	2回	
不活化ポリオワクチン接種歴	0回	1回	2回	3回

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける四種混合ワクチンの接種について、説明文(裏面)を読みましたか	はい・いいえ	
接種を受ける方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 出生時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・なかった あった・なかった ある・ない	
今日、身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か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか 病名 ()	はい・いいえ	
1か月以内に受けている予防接種はありますか 予防接種の種類 () 接種日 (年 月 日)	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、 医師の診察を受けたことがありますか (病名)	はい・いいえ	
(「はい」と答えた方のみ) → 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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい・いいえ	
(「はい」と答えた方のみ) → そのときに熱が出ましたか	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、身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た方はいますか	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がありますか 予防接種の種類 ()	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人はいますか	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	

医師の記入欄

医師の署名又は記名押印

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて
理解した上で、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません)

保護者のサイン(フルネーム)

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。

続柄は 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母

使用ワクチン名	接種量	接種部位	接種場所 ・ 医師名 ・ 接種日
Lot No.	0.5mL	上腕・大腿 右・左 (皮下接種)	年 月 日