

予防接種 予診票 ご希望でない予防接種名は二重線で消してください 竹田こどもクリニック

ヒブワクチン(1・2・3回目・追加) 小児用肺炎球菌(1・2・3回目・追加) 同時接種することも、それぞれ単独接種することもできます

住 所	電話	接種前の体温	度	分
受ける人の氏名	男	生年	年	月 日生
保護者の氏名	女	月日	(満 歳	ヶ月)

質 問 事 項 (当てはまる項目を でかこんでください)	回 答 欄		医師記入欄
今回の予防接種について説明文を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
ヒブワクチンの場合：ウシ成分の使用に関する説明を読み、理解しましたか？	はい	いいえ	
出生体重は()g。分娩時や出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に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良いと言われましたか	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	
その時に熱がでましたか	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、体の具合がわるくなったことがありますか？ その薬や食品とは()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症候群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 予防接種名()	ある	ない	
家族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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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 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) 医師の署名または記名押印 保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び健康被害救済制度に基づく救済について説明をした。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種すること 及び本予診票の写しが横浜市に提出されることに(同意します・同意しません) 保護者のサイン〔 〕

使用ワクチン名(シールを貼付)	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日
アクトヒブ (ヒブワクチン)	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側	竹田こどもクリニック 竹田 弘
プレベナー (小児用肺炎球菌ワクチン)	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側	平成 年 月 日

記載いただきました個人情報は、ワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。
なお、健康被害救済制度及び接種費用助成などの対応のため、本予診票の写しは横浜市に提出されます。(2011.4.1 改訂版)

予防接種 予診票 ご希望でない予防接種名は二重線で消してください 竹田こどもクリニック

ヒブワクチン(1・2・3回目・追加) 小児用肺炎球菌(1・2・3回目・追加) 同時接種することも、それぞれ単独接種することもできます

住 所	電話	接種前の体温	度	分
受ける人の氏名	男	生年	年	月 日生
保護者の氏名	女	月日	(満 歳	ヶ月)

質 問 事 項 (当てはまる項目を でかこんでください)	回 答 欄		医師記入欄
今回の予防接種について説明文を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
ヒブワクチンの場合：ウシ成分の使用に関する説明を読み、理解しましたか？	はい	いいえ	
出生体重は()g。分娩時や出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に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良いと言われましたか	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	
その時に熱がでましたか	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、体の具合がわるくなったことがありますか？ その薬や食品とは()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症候群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 予防接種名()	ある	ない	
家族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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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 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) 医師の署名または記名押印 保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び健康被害救済制度に基づく救済について説明をした。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種すること 及び本予診票の写しが横浜市に提出されることに(同意します・同意しません) 保護者のサイン〔 〕

使用ワクチン名(シールを貼付)	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日
アクトヒブ (ヒブワクチン)	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側	竹田こどもクリニック 竹田 弘
プレベナー (小児用肺炎球菌ワクチン)	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側	平成 年 月 日

記載いただきました個人情報は、ワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。
なお、健康被害救済制度及び接種費用助成などの対応のため、本予診票の写しは横浜市に提出されます。(2011.4.1 改訂版)