

5種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) 予防接種予診票 (市提出用)

第1期

☐ 初回1回目
 年 月 日
 (満 歳 か月)

3週以上の
 間隔

☐ 初回2回目
 年 月 日
 (満 歳 か月)

3週以上の
 間隔

☐ 初回3回目
 年 月 日
 (満 歳 か月)

標準的な接種間隔
 12～18か月

☐ 第1期追加
 6か月以上の
 間隔

今回接種するものに☑をつけて、既に接種したのものには接種日と接種日年齢を記入してください。

対象者	生後2か月から90か月(7歳半)に至るまで	接種間隔	・初回2、3回目の接種の場合は、前回の接種から3週以上の間隔をおくこと。 (標準的な接種間隔: 3～8週) ・追加接種の場合は、初回3回目の接種から6か月以上の間隔をおくこと。 (標準的な接種間隔: 12～18か月)
※標準的な接種開始年齢: 生後2か月から12か月に至るまで			

接種を受ける人	フリガナ 氏 名	性 別	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 か月)
住 所	茨木市	生まれた時の体重	g		
保護者名	電 話	分娩時に異常がありましたか。	あった・なかった		
		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りましたか。	あった・なかった		

質問事項	回答欄	医師記入欄
接種を受ける人は、この予防接種の対象年齢内ですか。	はい	いいえ
初回2回目または3回目の接種の場合は、前回の接種から3週以上の間隔をおいていますか。	はい	いいえ
追加接種の場合は、初回3回目の接種から6か月以上の間隔をおいていますか。	はい	いいえ
今日受ける予防接種について茨木市から配られている説明書を読み、十分に理解しましたか。	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ
具体的な症状を書いてください。()		
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ
病名 ()		
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。	はい	いいえ
病名 ()		
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 (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
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
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はありますか。	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	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はありますか。	はい	いいえ
予防接種の種類 ()		
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はありますか。	はい	いいえ

医師の記入欄	同意書署名欄
以上の問診及び視診等の診察の結果、今日の予防接種は (可 能 ・ 見 合 せ る)	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種を (希 望 し ま す ・ 希 望 し ま せ ん) 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、本予診票が茨木市に提出されることに同意します。 保護者署名 _____

また、接種希望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、説明した。 医師のサイン _____	ワクチンLot No. _____ 接種量 0.5ml 実施場所・医師名・接種年月日 (接種済印可) (予診日: 年 月 日)	5種混合第1期予防接種済証 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) 被接種者名 _____ 住所 茨木市 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 初回(1・2・3)回目・追加 接種量 0.5ml LotNo. _____ 接種年月日 _____ 年 月 日 実施場所 _____ 茨木市長 _____
---	--	---