

二種混合(ジフテリア・破傷風) 予防接種予診票

今回回数	1期初回1回目・2回目 / 1期追加 / 2期	診察前の体温 度 分		
住所	、TEL			
フリガナ		男	生年	平成 年 月 日生
受ける人の氏名			女	月 日
保護者の氏名				
質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書(「予防接種と子どもの健康」「予防接種ガイドブック」など)を読みましたか		はい	いいえ	
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 分娩時および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		なかった ない	あった ある	
今日体に具合の悪いところがありますか(症状:)		いいえ	はい	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか(月 日頃 病名:)		いいえ	はい	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか(病名:)		いいえ	はい	
1カ月以内に予防接種を受けましたか ※母子健康手帳などで確認してください。 (月 日 予防接種名:)		いいえ	はい	
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()		いいえ	はい	
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		いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか		いいえ	はい	
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		いいえ	はい	
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		いいえ	はい	
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 (予防接種名:)		ない	ある	
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		いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか		いいえ	はい	
<p>医師記入欄</p> <p>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 ・ 見合わせた方がよい) 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> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印 _____</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などの可能性、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) 。</p> <p>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。</p> <p>このことを理解のうえ、本予診票が住民登録のある市に提出されることに同意します。保護者自署 _____</p>				

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限がきれていないか要確認	ml	接種年月日 平成 年 月 日