

# 予診票

(役所控)

## DPT三種混合

(ジフテリア・百日せき・破傷風)

1期初回

( )回目・追加

1枚目

糟屋地区用

必ず前回三種混合接種日を記入してください。 1期初回( )回目 ( 年 月 日)

住 所	市・町	電話番号	—
(ふりがな)		男・女	生年月日
受ける人の氏名			年 月 日生 (満 歳 か月)
保護者の氏名		診察前の体温	度 分

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、市町から配られている説明書を読みましたか	読まない	読んだ	
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	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 あれば○をつけてください(下痢・熱・咳・鼻汁・その他 )	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 ( ) 治療中 ・ 治療期間 ( 月 日から 月 日)	はい	いいえ	
今、何かの薬を飲んでいますか ( )	はい	いいえ	
1か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 ( ) 接触した日 ( 月 日)	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( ) 接種日 ( 年 月 日)	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よいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(れいけん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	はい	いいえ	
その時熱がでましたか(およそ 度 分)	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 ( ) 症状(熱・発疹・注射部位のはれ・その他 )	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 誰 ( ) 予防接種名 ( ) 症状(熱・発疹・注射部位のはれ・その他 )	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】診察所見、咽頭(あり、なし) 胸部(あり、なし) その他( )

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。

医師の署名又は記名押印

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	接種量	実施場所・医師名
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