

予診票

(役所控)

小児用肺炎球菌ワクチン

※該当するものを○で囲んでください。

接種開始月齢: 2~6か月	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
接種開始月齢: 7~11か月	初回(1回目・2回目)・追加
接種開始年齢: 1歳	1回目・2回目
接種開始年齢: 2~4歳	1回目のみ

※太枠の中のみご記入ください。

前回接種年月日	年 月 日	糟屋地区用	
住所	市・町	電話番号	—
(ふりがな) 受ける人の氏名	男 女	生年 月 日	平成 年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名		診察前の体温	度 分

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読み、理解しましたか	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、出生後、乳幼児健診などで異常があると言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
最近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(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ
その時に熱は出ましたか (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はありますか 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

医師特記事項

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・方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきれていないか 要確認	皮下接種 0.5ml 接種部位: 右・左 上腕以外の接種部位の場合 ()	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日