

# Hib・肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・ロタウィルス ワクチン 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

Hib	1回目・2回目・3回目・追加	4種混合	1回目・2回目・3回目・追加	診察前の体温	度 分
肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	ロタ	1回目・2回目・(3回目)
住 所	〒		TEL	( ) -	
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 才 ヵ月)
保護者の氏名					

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文を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
今日受ける予防接種についての説明文(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を読み、理解しましたか。	はい (Hib)	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 出生体重( g) 分娩時に異常がありましたか 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ましたか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状( )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 具体的な病状( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ 病名( ) などの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ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・血液・発育障害の病気、 血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名( )	はい	いいえ	
また、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	
薬や食品、天然ゴム(ラテックス)製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。薬・食品・製品名など( )	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( )	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方はいますか。	はい	いいえ	
6ヵ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	
(ロタワクチン接種の方)生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が 出るなどの症状繰り返し、病気になる通常の回復期間より長引くようなことがありましたか	はい	いいえ	
(ロタワクチン接種の方)今日、下痢をしていますか	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	

## 医師記入欄

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・見合わせたほうがよい)と判断します。  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印 [ ]

## 保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。保護者の署名  
以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。( はい・いいえ ) [ ]

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
名称:ヒブ(Hib)ワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 左 右 上 下	医療機関名: おざわ胃腸科・内科 クリニック 大阪市北区東天満1丁目11-15 電話 06-6351-4646 接種年月日: 平成 年 月 日 時
名称:小児用肺炎球菌(プレベナー) ワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 左 右 上 下	
名称:4種混合ワクチン 製造番号:	0.5ml	上腕 左 右 上 下	
名称:B型肝炎ワクチン 製造番号:	0.25ml	上腕 左 右 上 下	
名称:ロタウィルス(ロタリックス) ワクチン 製造番号:	0.5ml	経口摂取	

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。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。