

B型肝炎予防接種予診票（ 回目）

◎通知が行き違う場合がありますので、接種回数及び接種間隔等を親子(母子)健康手帳と照合してワクチン接種に臨みましょう。
◎接種日において、住民登録のある住所を記入してください。

住 所	宜野湾市		診察前 の体温	度 分	
接種を受ける 人の氏名		性 別	生年月日	年 月 日生	
		男・女		(満 歳 か月)	
保護者氏名			B型肝炎感染症 予 防 接 種 接 種 歴	1回目：	年 月 日
電話番号				2回目：	年 月 日

()のある質問事項について、お子さまの状況を回答し、「はい」に該当する場合は、具体的にご記入ください。(出生体重は全員記入)

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られる説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2	分娩時、出生後、乳幼児健診等で異常がありましたか (出生体重【 】 g)	はい	いいえ	
3	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	
4	1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)風しん、水ぼうそう、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
6	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名/接種日 ()	はい	いいえ	
7	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	
	現在、投薬や治療を受けている方は具体的な内容を記入してください () 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	
8	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	
	そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
9	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	
10	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 ()	ある	ない	
11	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	
12	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
	薬・食品名など ()			
13	ラテックス過敏症*ですか	はい	いいえ	
14	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
15	母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
16	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 ・ 見合わせた方がよい)
と判断します。保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有効性、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。
医師の署名又は記名押印 _____

保護者の記入欄
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について理解したうえで、接種することに
(同意します ・ 同意しません) ※かつ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されることを
理解した上で、市町村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、ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入下さい)
※有効期限が切れていないか要 口予診のみ	皮下接種 (右・左) 0.25ml	実施場所： 医師名： 接種(予診)年月日：
B型肝炎予防接種と同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと 【ヒブ・小児の肺炎球菌・五種混合・四種混合・BCG・MR・水痘・日本脳炎・ロタ・おたふく・その他()】		

(注) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。
また、ラテックスと交叉反応のある果物(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

●予防接種を受ける前の注意

- ①予防接種は、お子さんの体調のよい時に受けるものです。お子さんの健康状態には十分気を付けましょう。何か心配があるときは、かかりつけ医師や宜野湾市保健相談センターにご相談ください。
- ②予防票はお子さんの健康状態に詳しい保護者が記入し、親子（母子）健康手帳を必ず持参してください。また、お子さんの健康状態をよく知っている保護者が連れて行きましょう。
- ③受ける予防接種についての必要性や副反応について、よく理解しておきましょう。

宜野湾市 健康推進部 健康増進課 予防係（宜野湾市保健相談センター内）
TEL:898-5596 FAX:898-5585



宜野湾市予防接種のページ

◎予防接種を受けることができない子

- ①接種施設で測定した体温が、37度5分以上あるお子さん。
- ②重い病気にかかっていることが、明らかなお子さん。
- ③予防接種の接種液の成分によって、30分以内にひどいアレルギーをおこしたことがあるお子さん。
- ④母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたお子さん。
- ⑤その他医師が不適当な状態と判断したお子さん。

◎予防接種を受けるにあたって、お医者さんによく相談しなければならない子

主治医の先生に前もって相談してから接種してください。

- ①心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育が悪いなどで治療をうけているお子さん。
- ②予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられたお子さん及び全身性発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられたお子さん。
- ③接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーをおこすおそれのあるお子さん。
- ④過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがあるお子さん。
- ⑤過去に免疫不全の診断がされているお子さん及び近親者に先天性免疫不全症の者がいるお子さん。

※宜野湾市に転入してきた方で、転入前にB型肝炎の予防接種を受けた方は、上記までご連絡下さい。