

ヒブ感染症予防接種予診票（ 回目・追加）

◎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。

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 男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)		
保 護 者 氏 名	ヒ ブ 感 染 症 予 防 接 種 接 種 歴		1回目:	年 月 日	(満 歳 か月)
電話番号			2回目:	年 月 日	
			3回目:	年 月 日	

●接種開始月齢や年齢によって、接種回数が異なります。接種回数、接種間隔を確認し、接種に臨みましょう。←
2～14の質問事項については、お子さまの状況を回答し、「はい」に該当する場合は、（ ）内に具体的に記入下さい。

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てい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ヵ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 誰 () 病名 () いつ頃 ()	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 () 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 () その病気をみてもらっている主治医には、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 そのとき熱が出ましたか	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 ()	はい	いいえ	
11	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	
12	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 薬・食品名など ()	はい	いいえ	
13	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）※かっ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 ml 皮下接種 (右・左)	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。) 実施場所： 医 師 名： 接種（予診）年月日： 年 月 日
※有効期限が切れていないか要確認		
ヒブ感染症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 【B型肝炎・小児の肺炎球菌・DPT-IPV・BCG・MR・水痘・日本脳炎・ロタ・おたふく・その他（ ）】		