不活化ポリオ予防接種予診票（　　回目・追加）

下の予診票の当てはまるところに記入し、あるいは○でかこみ、必ず保護者の署名をして下さい。

※過去にポリオワクチンを接種したことがある方は、下記の欄に接種日を記入して下さい。（任意接種も含む）

接種歴	1回目【生・不活化】（平成　年　月　日）2回目（平成　年　月　日）3回目（平成　年　月　日）

住　所	宜野湾市	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　日生 （満　歳　ヵ月）
保護者の氏名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1．現在の体温は何度ですか。　体温【　℃】			
2．今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
3．お子さんは、経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがあります	0回	1回　2回	
4．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。 ・出生後に異常がありましたか。 ・乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
5．今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　）	はい	いいえ	
6．最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。　病名（　）	はい	いいえ	
7．1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、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	
8．1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	
9．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	
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	
10．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	
そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
11．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	
12．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	
13．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（　）	ある	ない	
14．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	
15．今日の予防接種について質問がありますか。	ある	ない	

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、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しています。
このことを理解の上、本予診票が市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・接種年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 ml 接種部位	実施場所 医師名 接種年月日　~~平成~~　年　月　日