

同時接種予診票

※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。

ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加			体温測定	度 分
肺炎球菌	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		
B型肝炎	1回目・2回目・3回目		1回目・2回目・3回目・追加	口タ	1回目・2回目・(3回目)
住所				電話番号	
(フリガナ) 受ける人の氏名		男・女	生年月日	年 月 日	生
保護者の氏名				歳	か月

質問項目	回答欄	医師確認欄
1. あなたのお子さんの出生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	はい はい	いいえ いいえ
2. 今日、お子さんは身体のぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。()	はい	いいえ
3. 最近1ヵ月以内に病気やケガでお医者さんにかかりましたか。 病名() 時期(~)	はい	いいえ
4. 生まれてから今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、その他の 病気で、お医者さんにかかりましたか。 病名() 時期(~)	はい	いいえ
その病気を診てもらっている主治医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
5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 回数(回) 最後におこした時期() その時に熱は出ましたか。(度 分)	はい	いいえ
6. くすりや食べ物で皮ふに発疹やじんましんが出たり、身体のぐあいが悪くなったことはありますか。	はい	いいえ
7. 今まで保健福祉センターなどの乳幼児健診で健康上の注意を受けたことがありますか。	はい	いいえ
8. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類()	はい	いいえ
9. 4週間以内に家族や遊び友達に麻疹(はしか)・風しん・水痘(みずぼうそう)・おたふくかせ などの病気の人がいましたか。	はい	いいえ
10. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類() それはどんな状態でしたか()	はい	いいえ
11. 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなった人がいますか。	はい	いいえ
12. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。	はい	いいえ
13. 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。薬剤名()	はい	いいえ
14. これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、 体重の増えが悪かったりしたことがありますか。	はい	いいえ
15. これまで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
16. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ
17. 今日の予防接種について質問がありますか。()	はい	いいえ
(B型肝炎ワクチン接種の方) 母子感染予防として出生後にB型肝炎ワクチン接種をうけたことがありますか。	はい(B肝)	いいえ
(口タワクチン接種の方) これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療が完了していない 先天性消化管障がいがありますか。	はい (口タ)	いいえ

医師記入欄

以上の予診(問診、検温、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(口タは特に腸重積症)および予防接種健康被害救済制度について説明をしました。**医師の署名または記名押印【川尻 三枝】**

保護者記入欄

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。**保護者の自署(フルネームで記入)【 】**

使用ワクチン名	接種量・方法 (上腕)	実施場所・医師名・接種年月日
ヒブ(Hib)ワクチン	皮下注射 0.5ml 接種部位 右・左	医療機関名：医療法人さつき会 きららこどもクリニック 大阪市生野区異東1-2-14 ウイングヒルズ1F TEL：06-6757-1919 医師名：川尻 三枝 接種年月日：
肺炎球菌ワクチン	皮下注射 0.5ml 接種部位 右・左	
B型肝炎ワクチン	皮下注射 0.25ml 接種部位 右・左	
4種混合(DPT-IPV)ワクチン	皮下注射 0.5ml 接種部位 右・左	
	皮下注射 0.25ml 接種部位 右・左	
	皮下注射 接種部位 右・左	
	皮下注射 接種部位 右・左	
ロタウイルスワクチン	経口接種	