泉南市　小児の肺炎球菌感染症予防接種予診票

※この予診票は、複写になっています。ボールペンで、太い線で囲まれたところを記入するか〇で囲んでください。

初回接種年齢	接種回数				
2カ月の前日～7カ月の前日まで	初回免疫　（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加免疫			電話番号	ー　　ー
7カ月～1歳の誕生日の前日まで	初回免疫　（ 1回目 ・ 2回目 ）・ 追加免疫				
1歳～2歳の誕生日の前日まで	1回目 ・ 2回目			携　帯	ー　　ー
2歳～5歳の誕生日の前日まで	1回目				
住　　所	泉南市				
フリガナ 受ける人の氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	平成・令和　年　月　日生 （満　歳　カ月）	
保護者の氏名		朝の体温　　度　分		診察前の体温　　度　分	

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の説明書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2．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。 出産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	
3．今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
4．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	
5．1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	
6．1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）　接種日（　月　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、発育障害の病気、脳神経、免疫不全症、輸血を要するもの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	
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	
その時に熱が出ましたか。　（　度　分）	はい	いいえ	
9．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（　　）	はい	いいえ	
10．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	
11．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。 予防接種の種類（　　）　症状（　　）	ある	ない	
12．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。 予防接種の種類（　　）　症状（　　）	はい	いいえ	
13．６カ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	
14．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	可能	見合わせる	保護者に対して、予防接種の効果、副反応、「予防接種事故賠償補償保険に基づく補償」及び「独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づく救済」について、説明をしました。 医師の署名又は記名押印　〔　　〕

保護者記入欄			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、「予防接種事故賠償補償保険に基づく補償」及び「独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づく救済」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	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、本予診票が泉南市に提出されることに同意します。 保護者自署　〔　　〕

泉南市保存用

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
ワクチン名：沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン （無毒性変異ジフテリア毒素結合体） Lot　No. **（注）有効期限がきれていないか要確認**	**皮下接種　０．５ｍｌ** 上腕伸側部　左・右 大腿前外側　左・右	実施場所： 医師名　： 接種日時：令和　年　月　日　午前・午後　：

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を３～６カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

泉南市　小児の肺炎球菌感染症予防接種予診票

※この予診票は、複写になっています。ボールペンで、太い線で囲まれたところを記入するか〇で囲んでください。

初回接種年齢	接種回数				
2カ月の前日～7カ月の前日まで	初回免疫　（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加免疫			電話番号	ー　　ー
7カ月～1歳の誕生日の前日まで	初回免疫　（ 1回目 ・ 2回目 ）・ 追加免疫				
1歳～2歳の誕生日の前日まで	1回目 ・ 2回目			携　帯	ー　　ー
2歳～5歳の誕生日の前日まで	1回目				
住　　所	泉南市				
フリガナ 受ける人の氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	平成・令和　年　月　日生 （満　歳　カ月）	
保護者の氏名		朝の体温　　度　分		診察前の体温　　度　分	

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の説明書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2．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。 出産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	
3．今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
4．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	
5．1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	
6．1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）　接種日（　月　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、発育障害の病気、脳神経、免疫不全症、輸血を要するもの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	
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	
その時に熱が出ましたか。　（　度　分）	はい	いいえ	
9．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（　　）	はい	いいえ	
10．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	
11．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。 予防接種の種類（　　）　症状（　　）	ある	ない	
12．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。 予防接種の種類（　　）　症状（　　）	はい	いいえ	
13．６カ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	
14．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	可能	見合わせる	保護者に対して、予防接種の効果、副反応、「予防接種事故賠償補償保険に基づく補償」及び「独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づく救済」について、説明をしました。 医師の署名又は記名押印　〔　　〕

保護者記入欄			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、「予防接種事故賠償補償保険に基づく補償」及び「独立行政法人医薬品医療機器総合機構に基づく救済」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	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、本予診票が泉南市に提出されることに同意します。 保護者自署　〔　　〕

医療機関保存用

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
ワクチン名：沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン （無毒性変異ジフテリア毒素結合体） Lot　No. **（注）有効期限がきれていないか要確認**	**皮下接種　０．５ｍｌ** 上腕伸側部　左・右 大腿前外側　左・右	実施場所： 医師名　： 接種日時：令和　年　月　日　午前・午後　：

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を３～６カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。