二種混合（ジフテリア・破傷風）予防接種予診票

○対象年齢：１１歳以上１３歳未満		診察前の体温		度　　分
住　　所	泉南市	電　話		
フ リ ガ ナ		男 女	生年 月日	平成　　年　　月　　日生 （満　　歳　　カ月）
受ける人の氏名				
保護者の氏名				

質　　問　　事　　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について泉南市から配られている説明書を読みましたか	は　い	いいえ	
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	は　い	いいえ	
出生後に異常がありましたか	は　い	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	は　い	いいえ	
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	
最近１カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	は　い	いいえ	
１カ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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	は　い	いいえ	
１カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	は　い	いいえ	
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	
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	
そのとき熱が出ましたか	は　い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	は　い	いいえ	
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	
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（　　）	は　い	いいえ	
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	
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	
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、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	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） ０．１ｍｌ	実 施 場 所 医　師　名 接種年月日　　令　和　　年　　月　　日

（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。

（泉南市保健センター保存用）

二種混合（ジフテリア・破傷風）予防接種予診票

○対象年齢：１１歳以上１３歳未満		診察前の体温		度　　分
住　　所	泉南市	電　話		
フ リ ガ ナ		男 女	生年 月日	平成　　年　　月　　日生 （満　　歳　　カ月）
受ける人の氏名				
保 護 者 の 氏 名				

質　　問　　事　　項	回　答　欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について泉南市から配られている説明書を読みましたか	は　い	いいえ	
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	は　い	いいえ	
出生後に異常がありましたか	は　い	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	は　い	いいえ	
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	
最近１カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	は　い	いいえ	
１カ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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	は　い	いいえ	
１カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	は　い	いいえ	
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	
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	
そのとき熱が出ましたか	は　い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	は　い	いいえ	
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	
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（　　）	は　い	いいえ	
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	
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	
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、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

（医療機関保存用）

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	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） ０．１ｍｌ	実 施 場 所 医　師　名 接種年月日　　令　和　　年　　月　　日

（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。