

泉南市 B型肝炎予防接種予診票

- 対象年齢：平成 28 年 4 月 1 日以降に生まれた方で、1 歳の誕生日前日まで
- 母子感染予防のために、抗HBs 人免疫グロブリンと併用してB型肝炎ワクチンの接種を受ける場合は健康保険が適応されるため、定期接種の対象外となります。
- 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○で囲んでください。

回数	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	(注) 平成 28 年 10 月 1 日以前に、B 型肝炎予防注射を任意接種(有料)で受けた方は、任意接種の回数も含めて○をつけてください。			
住所	泉南市	電話番号	—		
		携帯番号	— —		
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日生(満 歳 カ月)
受ける人の氏名		男・女	自宅での今日の体温		診 察 前 の 体 温
保護者の氏名			度 分(時頃)	度 分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
	いいえ	はい	
1. 今回の接種日に、泉南市に住民登録がありますか。	いいえ	はい	
2. 今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
3. 母子感染予防として、出生後に B 型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	は い	いいえ	
4. お子さんは、3. の目的以外で B 型肝炎ワクチンを接種しましたか 任意(有料)での接種も含む い つ 1 回目(年 月 日) 2 回目(年 月 日)	は い	いいえ	
5. 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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あつた あつた あ る	なかつた なかつた な い	
6. 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	
7. 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか 病名()	は い	いいえ	
8. 1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
9. 1 か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	
10. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、発育障害、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	
11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (か月) 頃	は い	いいえ	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	は い	いいえ	
12. 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 薬・食品名()	は い	いいえ	
13. ラテックス過敏症 (注) ですか	はい	いいえ	わからない
14. 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	
15. 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	
16. 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 症状()	は い	いいえ	
17. 6 か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	
18. 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【 】
--------------------------------------	-----	-------	--

<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	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【 】
--	-----------	------------	---

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 Lot No. 有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 0. 25 m l 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) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。
また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

(泉南市保存用)

泉南市 B型肝炎予防接種予診票

- 対象年齢：平成 28 年 4 月 1 日以降に生まれた方で、1 歳の誕生日前日まで
- 母子感染予防のために、抗HBs 人免疫グロブリンと併用してB型肝炎ワクチンの接種を受ける場合は健康保険が適応されるため、定期接種の対象外となります。
- 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○で囲んでください。

回数	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目			(注) 平成 28 年 10 月 1 日以前に、B 型肝炎予防注射を任意接種(有料)で受けた方は、任意接種の回数も含めて○をつけてください。		
住所	泉南市	電話番号	—			
		携帯番号	— —			
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生(満 歳 カ月)		
受ける人の氏名		男・女	自宅での今日の体温		診 察 前 の 体 温	
保護者の氏名			度 分(時頃)		度 分	

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1. 今回の接種日に、泉南市に住民登録がありますか。		いいえ	はい	
2. 今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか		いいえ	はい	
3. 母子感染予防として、出生後に B 型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか		は い	いいえ	
4. お子さんは、3. の目的以外で B 型肝炎ワクチンを接種しましたか 任意(有料)での接種も含む い つ 1 回目(年 月 日) 2 回目(年 月 日)		は い	いいえ	
5. 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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		あつた あつた あ る	なかつた なかつた な い	
6. 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	
7. 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか 病名()		は い	いいえ	
8. 1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
9. 1 か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	
10. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、発育障害、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	
11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (か月) 頃		は い	いいえ	
そのとき熱が出ましたか (度 分)		は い	いいえ	
12. 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 薬・食品名()		は い	いいえ	
13. ラテックス過敏症 (注) ですか		はい	いいえ	わからない
14. 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	
15. 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	
16. 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 症状()		は い	いいえ	
17. 6 か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	
18. 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【 】
--------------------------------------	-----	-------	--

<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	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【 】
--	-----------	------------	---

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	皮下接種 0.25 ml	実 施 場 所
Lot No.	上腕伸側部 左 ・ 右	医 師 名
有効期限が切れていないか要確認	大腿前外側 左 ・ 右	接 種 日 時 令和 年 月 日 午前・午後 :

(注) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。
また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

(医療機関保存用)