

※黒のボールペンで太線内を記入してください。 記入例 1
予防接種番号は通知に記載の数字を記入してください。(記載がない)

五種混合予防接種接種時の
予診票修正方法

予防接種番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
受ける人の氏名	<input type="text"/>							電話番号	<input type="text"/>
保護者の氏名	<input type="text"/>							診察前の体温	度 分

※「四種混合予防接種予診票」のタイトルが修正されていない予診票をお持ちの方は、上記のように「四」を「五」へ修正してください。
また、質問事項のうち枠内の2点は、下部枠内のおり読み替えて回答してください。

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市から配られている説明書を読みましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
今回受ける四種※混合予防接種は何回目ですか ※四種：ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオの四種類のワクチンです。	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
<1回目>20 年 月 日 <2回目>20 年 月 日 <3回目>20 年 月 日	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
今までに生ポリオ又は不活化ポリオ予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
今までに三種※混合予防接種を受けたことがありますか ※三種：ジフテリア、百日せき、破傷風の三種類のワクチンです。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
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()kg、分娩時、出生後、又は乳児健診で異常があったことがありますか	<input type="checkbox"/> あった	<input type="checkbox"/> なかった	
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()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか			

以下のとおり読み替えて回答してください。
①今回受ける五種※混合予防接種は何回目ですか
※五種：ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオ、ヒブの五種類のワクチンです。
②今までにヒブワクチン、三種※混合、四種※混合のうちいずれかの予防接種を受けたことがありますか
※三種：ジフテリア、百日せき、破傷風の三種類のワクチンです。
四種：ジフテリア、百日せき、破傷風、不活化ポリオの四種類のワクチンです。

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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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がありますか 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
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()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6ヵ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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 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
-------	---

記保入護欄者	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)。※()内のどちらかを○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、本予診票が所沢市に提出されることに同意します。 保護者自署 接種当日に所沢市に住民票がない場合は、原則公費で接種できません。
--------	--

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	(皮下接種) 0.5ml	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日(西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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ヵ月以内に受けた人は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。