# 神戸市 予防接種申込書及び予診票（定期及び行政措置予防接種用）

※この予診票は非常に大切なものです。くわしく記入して、氏名の欄に署名してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 記入日 | 令和　　年　　月　　日 | 診察前の体温 | 度　　分 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 住所 | 神戸市　　区　　町　　通　　丁目　　番　　号<br>☎（　　－　　－　　） | | | | |
| 受ける人 | 氏　名 | フリガナ | 男・女 | ※受ける人が未成年者(既婚者は除く)の場合<br>保護者の氏名 | |
| | 生年月日 | T・S・H・R　　年　　月　　日生<br>（満　　歳　　か月） | | つれてきた人の氏名 | ※接種を受ける人が 13 歳以上の未成年者で保護者の同意を保護者自署欄にて確認できた場合は、同伴を要しない。 |

| | |
|---|---|
| 本日希望する予防接種に○印をつけてください<br>（複数を希望される場合は、全ての予防接種に○印をつけてください。） | 1．ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ（DPT-IPV）2．ジフテリア・百日せき・破傷風（DPT）<br>3．不活化ポリオ（IPV）　4．ジフテリア・破傷風（DT）　5．麻しん・風しん（MR）<br>6．麻しん（はしか）　7．風しん　8．日本脳炎　9．ヒブ　10．小児肺炎球菌<br>11．水痘　12．インフル エンザ　13．破傷風　14．おたふくかぜ　15．B 型肝炎　※ﾛﾀｳｲﾙｽ使用不可 |

| 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、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書（予防接種券綴り）または、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、理解しましたか。 | は　い | いいえ | |
| 2．あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。<br>出生体重（　　）グラム<br>出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると言われたことがありますか。 | いいえ | は　い | |
| 3．今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具体的な症状（　　） | いいえ | は　い | |
| 4．母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。 | | | |
| （1）4 週間以内に BCG、麻しん（はしか）、風しん、麻しん風しん混合（MR）、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜ、ロタウイルスのいずれかの予防接種を受けましたか。 | いいえ | は　い | |
| （2）1週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 | いいえ | は　い | |
| （3）今まで受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか。<br>（その種類　　） | いいえ | は　い | |
| 5．（1）今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 | いいえ | は　い | |
| また、1か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。<br>麻しん（はしか）、風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他病名（　　）<br>（かかったのは　　年　　月　　日） | いいえ | は　い | |
| （2）今、何か薬を飲んでいますか。 | いいえ | は　い | |
| （3）今、発疹など皮膚の病気がありますか。 | いいえ | は　い | |
| 6．（1）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。<br>（薬品名・食品名　　） | いいえ | は　い | |
| （2）ぜんそくや鼻 アレルギーがおこったり、発疹やじんましんのできやすいほうだと思いますか。 | いいえ | は　い | |
| （3）たまごを食べて皮膚に発疹やじんましんが出たり、下痢、呼吸困難、ショックをおこしたことがありますか。 | いいえ | は　い | |

裏面につづく

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7．ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。<br>（1）そのとき熱が出ましたか。（　　度　　分くらい）<br>（2）　　年頃までに　　回くらいおこした。 | いいえ<br>いいえ | はい<br>はい | |
| 8．今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。<br>あれば病名（　　）　かかったのは　　年　　月頃<br>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言われましたか。 | いいえ<br><br>はい | はい<br><br>いいえ | |
| 9．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。 | いいえ | はい | |
| 10．1か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。<br>病名（　　） | いいえ | はい | |
| 11．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。 | いいえ | はい | |
| 12．6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。(注) | いいえ | はい | |
| 13．今日の予防接種について質問がありますか。 | いいえ | はい | |
| 14．女性の場合、今妊娠している可能性（生理が遅れている等）がありますか。<br>※すべての生ワクチン（麻しん、風しん、麻しん・風しん混合、水痘、おたふくかぜ）は妊娠中の接種はできません。また、生ワクチンは接種前約1か月間と接種後約2か月間の避妊が必要です。 | いいえ | はい | |

**【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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**【被接種者記入欄】**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。
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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

被接種者(※未成年者(既婚者は除く)の場合は保護者)自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| 今日接種した予防接種の種類<br>（※ ①～⑮の記載は、ワクチン番号を示す）<br>（□にチェックおよび下線部分に○印を記入） | 使用ワクチン・接種量<br>（同時接種した場合は、左記ワクチン番号①～⑮を用いて併記してください） | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|---|---|---|---|
| □①DPT-IPV 四種混合1期（1・2・3回目・追加）<br>□②DPT 三種混合1期（1・2・3回目・追加）<br>□③IPV 不活化ポリオ（1・2・3回目・追加）<br>□④DT 二種混合　2期<br>□⑤麻しん風しん混合（MR）<br>□⑥麻しん（単抗原）　1期・2期<br>□⑦風しん（単抗原）<br>□⑧日本脳炎1期（1・2回目・追加）・2期<br>□⑨ヒブ（1・2・3回目・追加）<br>□⑩小児肺炎球菌（1・2・3回目・追加）<br>□⑪水痘（初回・追加）<br>□⑫インフルエンザ（1・2回目）<br>□⑬破傷風<br>□⑭おたふくかぜ<br>□⑮B型肝炎 | 製造所名／Lot.　　No.<br><br>接種量（ml）<br><br>有効期限（期限切れ注意）<br><br>接種部位（同時接種した場合は、左記ワクチン番号①～⑮を記入。その他の場合は部位も記入。）<br>□左上腕（番号　　）<br>□右上腕（番号　　）<br>□その他［番号　　部位　　］ | 実施場所<br><br>医師名<br><br>接種年月日<br>令和　年　月　日 | |
| | | 定期接種 | 行政措置接種 |

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

2015.8　神戸市作成