

Example

**B型肝炎
ワクチン接種予診票**

葛飾区
医療機関控

〒120-0000

葛飾区立石5丁目11番12号
葛飾 花子

001234567890000

令和2年1月1日生

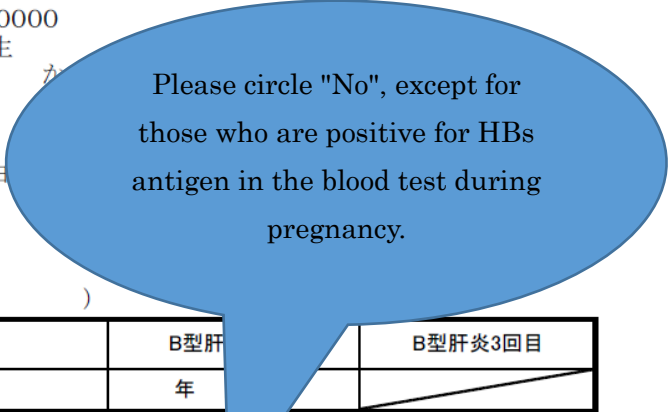
満 歳 か月

有効期限

令和2年 月 日

B型肝炎2回目

電話 ()



| | | | |
|--|---------|---------|---------|
| B型肝炎の今回の接種及びこれまでの接種 歴 ※今回の接種に「○」をつけてください | B型肝炎1回目 | B型肝炎2回目 | B型肝炎3回目 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

| 質問事項 | 診察前の体温 | | 医師記入欄 |
|--|--------|-----|-------|
| | 度 | 分 | |
| 1 今日受ける予防接種について区から配られている説明を読みましたか。 | いいえ | はい | |
| 2 予防接種を受けるお子さんはB型肝炎ウイルス(Hbs抗原)陽性の母親から生まれましたか。 | はい | いいえ | ※ |
| <small>(保護者の方へ)⇒はいと回答した場合、定期予防接種の対象外となります。</small> | | | |
| 3 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 | | | |

ロタワクチン

〒120-0000

葛飾区立石5丁目11番12号
葛飾 花子

001234567890000

令和2年8月1日生

満 歳 か月

有効期限

ロタリックス

令和2年10月1日 ~ 令和 年 月 日

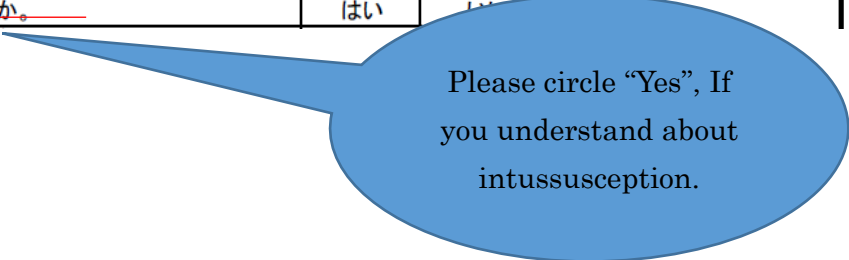
ロタウイルス1回目

電話 ()

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------|
| 今回の接種は□に✓をつけてください 接種したワクチン種別に○をしてください また過去の接種年月日をご記入ください | □1回目接種 (ロタリックス1価・ロタテック5価) | □2回目接種 (ロタリックス1価・ロタテック5価) | □3回目接種 (ロタテック5価) |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

※1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認してください。

| 質問事項 | 診察前の体温 | | 医師記入欄 |
|------------------------------------|--------|-----|-------|
| | 度 | 分 | |
| 1 今日受ける予防接種について区から配られている説明を読みましたか。 | いいえ | はい | |
| 2 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 3 腸重積について説明を受け、理解しましたか。 | はい | いいえ | |



○の部分が入力して
 いただく箇所です。記入漏れがない
 よう今一度確認をお願いします。

Hib(ヒブ)ワクチン接種予診票

葛飾区
 医療機関控

Example

001234567890000

令和2年1月1日生

満 歳 か月

有効期限
 令和2年 月 日 ~

ヒブ2回目

How many times are you today?

Please fill in the date of today.

| | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| ヒブの今回の接種及びこれまでの接種履歴 ※今回の接種に「○」をつけてください | ヒブ1回目 | ヒブ2回目 | ヒブ3回目 | ヒブ4回目 |
| ヒブ1回目接種時の月齢(年齢) 歳 か月 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

| | | |
|--|-----|-------|
| 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区から配られている説明を読みましたか。 | はい | はい |
| 2 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() 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 | | |
| 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。() | | |
| 4 最近1か月以内に病気になるかかりましたか。病名() | はい | |
| 5 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 | |
| 6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() 接種日(/) | 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、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() 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 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。 | はい | いいえ |
| 9 ひきつづけ(いれん)をおこなったことがありますか。()歳頃 そのときに熱が出ましたか。 | はい | いいえ |
| 10 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。 | はい | いいえ |
| 11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。 | はい | いいえ |
| 12 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。 予防接種名() | はい | いいえ |
| 13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。 | 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 |

Please fill in the body temperature that is just before you leave the house.

If you receive an injection before, please fill in the

Please write the name of the vaccination you received within a month and the date of vaccination, on all the questionnaires of vaccination which you will receive today.

【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)
 ※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、本予診票が区に提出されることに同意します。
 保護者自署又は
 同伴者署名

| | |
|-----------|-------|
| 接種部位 | 接種医師名 |
| 接種(予診)年月日 | 年 月 日 |

ご不明な点は受付にてご確認ください。
 ご協力のほど、よろしくお願い致します。
 小児科外来スタッフ一同

