

ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ (DPT-IPV) 予防接種申込書及び予診票

[I期初回 1・2・3回目 I期追加]

(令和 年 月 日)

この予診票は、大切なものです。くわしく記入して
氏名の欄に自筆で署名してください。

診察前の体温	度	分
--------	---	---

ポリオ・DPT接種回数	母子健康手帳の予防接種記録欄等を確認しながら、あてはまる回数に○をつけてください		
	①口から飲むポリオ (生ポリオ) ワクチンをすでに受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回	
	②注射でポリオ (単独の不活化ポリオ IPV) ワクチンをすでに受けた回数	0回・1回・2回・3回・4回 ※4回の方は四種混合 (DPT-IPV) ワクチンの接種はできません。残り回数は全て三種混合 (DPT) ワクチンで接種してください。	
③三種混合 (DPT) ワクチンをすでに受けた回数	0回・1回・2回・3回・4回 ※4回の方は四種混合 (DPT-IPV) ワクチンの接種は不要です。ポリオが済んでない方は、単独の不活化ポリオワクチンを接種してください。		

住所	神戸市 区 町通 丁目 番 号
	☎ (— —)

受ける人	氏名	フリガナ	男・女	保護者の氏名
	生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月)		つれてきた人の氏名

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。 出生体重 () グラム 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。 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、おたふくかぜ、麻しん風しん混合 (MR)、水痘 (水ぼうそう)、ロタウイルスのいずれかの予防接種を受けましたか。 (2) 1週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 (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。 (その種類)	いいえ はい いいえ はい 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。 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。 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 () (かかったのは 年 月 日) (2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。	いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい	

6. (1) 今までに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。 (薬品・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	
7. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	いいえ	はい	
(1) そのとき熱が出ましたか。(度 分くらい)	いいえ	はい	
(2) 平成 年頃までに 回くらいおこした。			
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。 あれば病名() かかったのは 年 月 頃 その病気を診てもらっている医師に今日の子防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
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()	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	

【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

【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） ※かつ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。

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
DPT-IPV I期初回()回目・I期追加	皮下接種 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 左上腕	実施場所 神戸市兵庫区大開通7丁目5の22 森 医 院 医師名 医師 森 啓 行 接種年月日 令和 年 月 日
沈降精製百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ混合ワクチン		<input type="checkbox"/> 右上腕	
製造所名 Lot. No. 有効期限 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他(部位)	

(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でないことがあります。