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、裏面の自署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

本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。 **は　い・いいえ** ➡ いいえの場合、接種券は使用できません。

住民登録の住所	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	大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日生 （満　　歳　　か月）		つれてきた人の氏名 （保護者と異なる場合）	※16歳未満の方の接種には、原則、保護者の同伴が必要です。ただし、接種を受ける人が満13～15歳で保護者の同意を保護者自署欄で確認できた場合は、同伴を要しません。

本日希望する予防接種に○印をつけてください（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.ヒブ　2.小児肺炎球菌　3.BCG　4.不活化ポリオ(IPV)　5.ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ(DPT-IPV)
6.ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ(DPT-IPV-Hib)　7.麻しん・風しん混合(MR)　8.麻しん(はしか)
9.風しん　10.水痘(水ぼうそう)　11.日本脳炎　12.ジフテリア・破傷風(DT)　13.ジフテリア・百日せき・破傷風(DPT)
14.インフルエンザ　15.破傷風　16.おたふくかぜ　17.HPVウイルス　18.高齢者肺炎球菌

※B型肝炎・ロタウイルスについては別途質問項目があります。神戸市定期接種用もしくはワクチンごとの任意接種用予診票を使用して下さい。

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、神戸市から配布されている「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、予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	は　い	いいえ	
2．お子さま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。	な　い	ある	
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。過去4週間以内に予防接種を受けましたか。 ➡「はい」の方はワクチン名（　　）接種日（　年　月　日） ※注射生ワクチン同士の接種は、27日以上の間隔をあける必要があります（4週間後の同じ曜日から接種可）。	いいえ	は　い	
5．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。 予防接種の種類（　　）	な　い	ある	
6．（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か月以内に病気にかかりましたか。　（いつ：　月　日）	いいえ	は　い	
病名｛ 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（　　）｝			
（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	
（4）(BCGの場合)上腕(肩～肘)に何か薬を塗っていますか。薬品名（　　）	いいえ	は　い	
7．（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。 （薬・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出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	
8．(BCGの場合) 生まれてから今までに家族や遊び仲間に結核にかかった方がいましたか。	いいえ	は　い	

裏面につづく

9. ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 （　　）年頃までに（　　）回くらいおこした。 そのとき熱が出ましたか。	いいえ いいえ	は い は い	
10. 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予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ は い	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はいますか。	いいえ	は い	
12. 1か月以内に家族や周囲の人に麻しん（はしか）、風しん、水痘（水ぼうそう）、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	
13. 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	
14. 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。 ※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。	いいえ	は い	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	は い	
16. 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。 ※すべての生ワクチン＜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＞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　**安　藤　　淳**

【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。

被接種者又は保護者自署
※被接種者（接種を受ける人）が16歳未満の場合は保護者自署

今日接種した予防接種の種類			接種部位	使用ワクチン・接種量		
※接種した種類の□に☑し、回数に○印を記入				製造所名／LotNo.	有効期限（期限切れ注意）	接種量
				※記入もしくはワクチンシール貼付		
□	ヒブ	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	小児肺炎球菌	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	BCG	－	左上腕・右上腕(左上腕にできない場合)			所定のスポイトで一滴
□	不活化ポリオ(IPV)	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	三種混合(DPT) 1期	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	四種混合(DPT-IPV)	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	五種混合(DPT-IPV-Hib)	1・2・3回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	麻しん・風しん混合	1期・2期	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	麻しん（単抗原）		左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	風しん（単抗原）		左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	水痘	初回・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	日本脳炎 1期	1・2回目・追加	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	日本脳炎 2期	－	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	二種混合(DT) 2期	－	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	インフルエンザ	1・2回目	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	破傷風	－	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	おたふくかぜ	－	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	HPVワクチン	1・2・3回目	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
□	高齢者肺炎球菌	－	左上腕・右上腕・その他（　）			ml
接種年月日			実施場所・医師名			
令和　　年　　月　　日			（実施場所）あんどうキッズクリニック		（医師名）安　藤　　淳	