

ポリオ単独不活化予防接種予診票

④⑩ 1回目 ・ ④⑪ 2回目 ・ ④⑫ 3回目 ・ ④⑬ 追加

予防接種の説明を必ず読み、太枠内の必要事項を記入してください。

接種券のり付け位置

過去の接種歴	生ワクチン	1回目	平成	年	月	日	2回目	平成	年	月	日	
	不活化 ワクチン	1回目	平成	年	月	日	医師の説明を受け、平成24年8月31日までに接種した不活化ポリオワクチンの回数を、定期の不活化ポリオワクチンの回数を受けたものとしてみなすことに同意しますか。 (同意します ・ 同意しません) ※どちらかに○ ※同意しない場合でも接種歴をご記入ください。					
		2回目	平成	年	月	日						
		3回目	平成	年	月	日						
		4回目	平成	年	月	日						
住 所		※接種日において姫路市に住民票がある方のみ接種できます。										
受ける人の氏名			性別	男・女	生年月日	平成	年	月	日(満	歳	か月)	

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、姫路市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さまの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった	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 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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 (病名)	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
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	
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	はい	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はありますか 予防接種の種類 ()	ある	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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	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(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。 ※見合わせの理由() 医師署名又は記名押印 _____
-------	--

●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、接種します。 ●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、本予診票を姫路市に提出します。	左記の2点について (同意します ・ 同意しません) どちらかを○で囲んでください。 保護者自署 保護者が委任した人 (連れてきた人)
	続柄 _____

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	実施場所
Lot No.		医師名
※有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日 平成 年 月 日

