

↓接種番号

↓予防接種名を記載すること

() ()

予防接種予診票 **不応用**

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。

発行医療機関で記載し、
保護者にお渡しください

発行日	平成 年 月 日	発行医療機関			不応理由		
受ける人の氏名		男 女	個人 No		生年月日	平成 年 月 日	(満 歳 か月)
接種歴 <small>※複数回接種する予防接種の場合 過去の接種日を記入すること</small>		1回目	平成 年 月 日	2回目	平成 年 月 日	3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。						
保護者の同伴	あり・なし	「なし」の場合緊急連絡先		Tel() -	保護者 氏名	続柄 ()	

診察前の体温 度 分

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	
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	
これまでに予防接種を受けた時に強い痛みを感じ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	
現在妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。 (注) 妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。	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。 保護者または、接種を受ける本人に対して、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

<ul style="list-style-type: none"> ●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 どちらかを○で囲んでください。(同意します・同意しません)
	保護者自署 保護者が委任した人 (連れてきた人)

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

↓接種番号

(80) (高齢者肺炎球菌) 予防接種予診票 **不応用**

自己負担区分((1)一般 ・ (2)非課税世帯 ・ (3)生活保護証明書(証明書添付必要))いずれかに○を付ける。

発行医療機関で記載し、
対象者にお渡しください

発行日	平成 年 月 日	発行医療機関		不応理由	
受ける人の氏名		男・女	個人 No	生年月日	T・S 年 月 日 (満 歳 か月)

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。

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。
-----	----------------------------------

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	
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	
最近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	
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	
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	
これまでに予防接種を受けた時に強い痛みを感じたことはありますか? 予防接種の種類 ()		ある	ない	
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	<p>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。 保護者または、接種を受ける本人に対して、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()</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印</p>			

<p>●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。</p> <p>●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。</p>	<p>左記の2点について どちらかを○で囲んでください。(同意します ・ 同意しません)</p>		
	本人氏名	代筆者氏名	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 Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日