ポリオ２回目　予防接種予診票

住　　所		診察前の体温		度　　分
ふりがな		男女	生　年 月　日	年　　月　　日生 （満　　歳　　か月）
受ける人				
保護者の氏名			電話番号	

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市から配られている予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度についての説明書を読みましたか。	は　い	いいえ	
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（　　）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。 乳幼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 あった あ　る	なかった なかった な　い	
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	
下痢をしていますか。	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（　　）いつごろ（　　月　　日）	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人がいましたか。 病名（　　）	は　い	いいえ	
１か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（　　）　接種月日（　　月　　日）	は　い	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（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	
上の質問で「はい」とお答えの方のみにお聞きします。 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	
上の質問で「はい」とお答えの方のみにお聞きします。 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。 薬や食品名（　　）	は　い	いいえ	
ゼリー・グミキャンディ・チョコレートなどで発疹などが出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。 予防接種名　（　　）	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	
医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 保護者に対して、予防接種の結果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師署名又は記名押印			

予防接種法に基づく定期の予防接種を受け、重篤な副反応と認められた場合は、予防接種法に基づく健康被害救済制度に則って、国が救済します。

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などについて理解した上で、
接種を希望しますか。（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）
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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	0.05 ml	実施場所　長浜市保健センター 医師名 接種年月日　平成　　年　　月　　日

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、
この注射を３～６か月以内に受けた人は、麻しん風しん混合ワクチンなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。