

不活化ポリオワクチン接種予診票と健康状態—初回用

フリガナ		保護者氏名	
受ける人の氏名	(男・女)		
受ける人の生年月日	平成 年 月 日	生まれ(歳 ヶ月)	
住所		電話	

接種前日まで、該当箇所に記入又は○で囲んでください。

	質問事項	回答欄		医師記入欄
発育歴	○生まれた時に異常がありましたか 生まれた時の体重(g)	あった	なかった	
	○生まれてから異常がありましたか	あった	なかった	
	○乳児健診で異常があると言われたことがありますか	ある	ない	
基礎疾患	○生まれたから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、川崎病、その他の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか(病名)	はい	いいえ	
	○熱性けいれん(けいれん)をおこしたことがありますか(歳 月頃) →「はい」と回答した場合、その時に熱はありましたか	はい	いいえ	
アレルギー	○薬や食品で発しん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	ある	ない	
予防接種	○1ヶ月以内に予防接種を受けましたか →予防接種名(月 日)	はい	いいえ	
	○今までに麻しんや風しんの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
	○あるいは麻しんや風しんにかか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 →予防接種名()	ある	ない	
最近1ヶ月以内の状況	○家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
	○何か病気にかかりましたか 「はい」の場合→病名(月 日)	はい	いいえ	
	○家族や遊び仲間に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 「はい」の場合→病名(月 日)	はい	いいえ	

当日、該当箇所に記入又は○で囲んでください。

本日の体調	○診察前の体温は何度ですか	度 分		
	○体に具合の悪いところがありますか 体重(g) →具の悪い症状を書いてください()	ある	ない	
質問	○今日の予防接種について質問がありますか →ある場合()	はい	いいえ	

下記は当日、診察時に対応します。

診察所見	鼻汁(+ -) 咳(+ -) 咽頭(発赤 + -) 胸部異常所見(+ -)	医師のサイン
予診医の意見	以上の問診及び診察の結果 今日の予防接種は(可能)・(見合わせる)	

同意内容	○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。 不活化ポリオワクチンにはアナフィラキシーなどの副反応・健康被害の可能性があります。 ○医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の危険などについて理解したうえで、接種を希望しますか	希望する・希望しない
		保護者(代理人)のサイン

ワクチン情報	ワクチン名	Imovax Polio	接種量
	LOT番号	Lot No,	皮下接種
	有効期限	平成 年 月 日	左0.5ml右
	接種年月日	平成 年 月 日	

接種実施者	接種場所	につば駅前耳鼻咽喉科クリニック
	接種医師サイン	