

平成 年 月 日

不活化ポリオワクチン接種予診票と健康状態—2回目以降

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
初回接種後の体調	○体調に変化はありましたか 「はい」の場合→()	はい	いいえ	
副反応	○これまでのワクチン接種において副反応はありましたか □ 発熱(°C) □ 易刺激性 □ 眠気 □ 泣き □ 不機嫌 □ 食欲不振 □ 嘔吐 □ その他() 接種部位 □ 痛み □ 発赤 □ しこり □ 腫れ	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内の状況	○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	
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	

当日、該当箇所に記入又は○で囲んで下さい。

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) →ある場合()	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
予診医の所見	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	