

不活化ポリオ予防接種予診票 (3回目) ※太枠内を保護者がもれなく記入してください。

一宮市控

* 既に生ワクチンの接種が2回終了している方は接種の必要はありません。

診察前の体温

度 分

住所(住所登録地)	一宮市	電話	-	-
受ける人の氏名		男	平成	年 月 日生
保護者氏名		女	(歳 か月)

これまでのポリオ予防接種の接種歴についてお尋ねします。公費負担、自己負担に関わらず必ずご記入ください。

☞ 該当する所にレ点チェックしてください

1回目	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	年 月 日	2回目	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン	年 月 日	回 答 欄		医師記入欄
質 問 事 項								
今日受ける予防接種について市町村から配られた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 分娩後に異常がありましたか						はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか						はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか						はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか						はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください()								
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか						はい	いいえ	
それはいつ頃ですか								
病名() (月 日頃)								
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか						はい	いいえ	
それはいつ頃ですか								
病名() (月 日頃)								
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか						はい	いいえ	
それはいつ頃ですか								
予防接種の種類() (月 日頃)								
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						はい	いいえ	
それはいつ頃ですか								
病名() (月 日頃)								
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	
そのとき熱がでましたか								
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がありますか。						はい	いいえ	
予防接種の種類()								
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったががありますか						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、今日の予防接種は可能。 医師署名又は記名押印

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た。

医師の診察の結果・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

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 (シールをお貼りください)	(皮下接種)	実施場所			
Lot No	0.5 ml	医師名			
		接種年月日	平成	年	月 日

市民でない等、対象外と判明した場合は自費になります。

↑ 接種年月日は、はっきりとご記入ください。