Hib(ヒブ)ワクチン　接種予診票

（請求用）
目黒区

住所・保護者氏名	〒　　－ 目黒区　　丁目　　番　　号 様 電話　　－　　－
（フリガナ） 受ける人の氏名	（　　） 男・女
生年月日	年　月　日生（満　歳　か月）

接種予診票の1枚目にシールを貼って下さい。

住所・保護者氏名
・受ける方の氏名（フリガナ）
・性別、生年月日を記入してください

今回の接種回数に○をつけ、
接種歴がある場合は
接種年月日を記入してください。

本票は法令により、生後2か月から60か月に至るまでの間(5歳の誕生日の前日まで)有効です。
※初回接種が１歳までに終了しなかった場合及び接種開始時期によっては、接種回数が変わります。

今回の接種に「○」をつけてください また過去の接種年月日をご記入ください	初回１回目　接種	初回２回目　接種	初回３回目　接種	追加 接種
１回目接種時の月齢(年齢)　歳　か月	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日	西暦　年　月　日	

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

診察前の体温	度　分

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2 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。	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
乳児健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	
3 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	
4 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	
5 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方がいましたか。 病名(　　)	はい	いいえ	
6 １か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名(　　接種日　/　)	はい	いいえ	
7 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	
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
9 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	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10 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	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
12 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。 予防接種名(　　)	はい	いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

質問事項
回答欄に
○をつけて
ください

6の項目は当院で
接種したもは
記入不要です。

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　・　見合わせたほうがよい　）　と判断します。
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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

保護者記入欄　保護者記入欄をご記入ください。
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、接種することに
（同意します　・　同意しません）
※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者自署又は同伴者署名　保護者氏名をご記入ください

使用ワクチン	実施場所・接種医師名
Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	実施機関名・住所・電話番号
接種量 0.5ml	接種医師名
接種部位(皮下) 左・右　上腕　大腿	接種(予診)年月日　西暦　年　月　日