

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

接種回数	←1回目は1、2回目は2、3回目は3を記入してください												
住所	千葉市 区					電話	— —						
予防接種番号						実施日 ※医療機関記載欄							
フリガナ						性別	西暦	20	年		月		日
氏名						保護者氏名							
生年月日	西暦		年	月	日	子の満年齢		歳	か		月		
(↑予防接種番号シールをはってください)										診察前の体温	度	分	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	ある	ない	
出生後すぐに、母子感染予防としてB型肝炎ワクチンの接種をうけたことがありますか。	ある	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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名( 月 日: )	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、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。病名( 月 日: )	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。(日付:種類) ( 月 日: ) ( 月 日: ) ( 月 日: ) ( 月 日: ) ( 月 日: ) ( 月 日: )	はい	いいえ	
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(投薬など)を受けていますか。 病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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。	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。 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方はいますか。	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	
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。ある場合( )	はい	いいえ	

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名	実施医療機関名					コード		
Lot.No.	たるいこどもクリニック 幕張					0396		
有効期限	西暦 年 月 日							
接種の適否	接種量		接種医師名(接種否の場合は判定医師)			コード		
1. 適 2. 否	2	0.25ml	皮下接種			垂井 洋樹		
						001		

医師の記入欄  
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(または代理人)の記入欄 (※代理人が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)  
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、接種することに ( 同意します ・ 同意しません )。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。「同意しません」は接種できません。  
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。  
保護者(または代理人)自署

B型肝炎予防接種 (医療機関控用)

- 被接種者氏名( ) 生年月日 年 月 日
- 住所 千葉市 区
- 接種年月日 年 月 日 メーカー名 Lot.No.