

医療従事者用 予診票の書き方

- ・記入項目は、漏れのなく、はっきりと丁寧に記入をお願いします。
- ・保護者の記入項目 : 太枠で囲んだ部分
- ・医療機関の記入項目 : 接種項目・接種年月日・体温・医師欄(必要な場合)・医師の記入欄・ワクチンロット番号・実施場所・医師名

<接種項目>
回数別のいずれかに✓をしてください。

福山市4種混合予防接種予診票

*回数別のいずれかに✓をしてください。
 1期1回 1期2回 1期3回 1期追加
 太枠の中は、保護者が記入してください。

住所	福山市			電話番号	() - () - ()
お 子 さ ま	名前	カタカナ(姓と名の間は、1つスペースを空けてください。濁点は1文字となります。)			
	漢字	性別	いずれかに✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	西暦	年	月	日
		(又は 和暦)		年	歳 月
	保護者名前	診察前の体温			
質問事項		回答欄		医師欄	
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。		はい いいえ		医師署名又は記名押印 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、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、接種に同意します。(同意します・同意しません) 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。このことを理解の上、この予診票が市に提出されることに同意します。	
お子さんの接種歴についておたずねします。 経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。 不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。 3種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか。		0回・1回・2回 0回・1回・2回・3回・4回 0回・1回・2回・3回・4回			
お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g		あった なかった あった なかった ある ない			
分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 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			
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()		はい いいえ			
1か月以内に、家族や遊び友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 病名()		はい いいえ			
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 接種月日 月 日 月 日		はい いいえ			
生まれてから今までに次のような病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気) 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			
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			
その時熱が出ましたか。		はい いいえ			
主治医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			
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人はいますか。		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。 予防接種の種類()		はい いいえ			
近親者に、予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。		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。		はい いいえ			
記入欄	医師署名又は記名押印				
記入欄	保護者自署				
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
Lot No.	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 医師名			
有効期限		接種年月日 西暦 20 年 月 日			

<名前>
カタカナ(姓と名の間は、1つスペースが空いていることを確認してください。濁点は1文字となります。)

<生年月日>
母子健康手帳(親子健康手帳)等で、間違いがないか確認してください。

<保護者の回答欄>
しっかりと読んでいただき、いずれかの項目にも○がついていることを確認してください。記入漏れがないようお願いいたします。

<医師の記入欄>
問診の結果、実施できるかどうか**必ず○**をしてください。
医師の署名又は記名押印をお願いします。

<保護者の記入欄>
問診後、医師の説明を受け接種に同意するかどうか、いずれかに○をしてください。
自署欄には保護者の名前を記入してください。

<ワクチンロット番号>
ロット番号が記載されたシールを貼付するか、Lot Noと有効期限を手書きで記入してください。

<実施場所・医師名・接種年月日>
医療機関がご記入ください。