

住民登録をしている住所	宝塚市		生年	年	月	日生
T E L (緊急連絡先)	(受ける人が18歳未満の場合は、保護者の緊急連絡先)		月日	(満	歳	か月)
ふりがな		男・女	診察前の体温		医師記入欄	
受ける人の氏名			度		分	
保護者の氏名	(受ける人が18歳未満の場合のみご記入ください。) (続柄)					
質 問 事 項			回 答 欄			
1	現在宝塚市に住民票がありますか		は	い	いいえ	
2	今日受ける予防接種について裏面の説明書を読み、理解しましたか		は	い	いいえ	
3	7歳未満の方のみご記入ください 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 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか		あ	つ	な	か
			あ	つ	な	か
			あ	つ	な	か
4	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	
5	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	
6	1か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 病名 ()		は	い	いいえ	
7	1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()		は	い	いいえ	
8	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		い	い	は い	
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		い	い	は い	
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はいますか		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はありますか 予防接種の種類 ()		あ	る	な い	
13	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	
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	
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 ・ 見合わせる) 保護者 (本人) 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。 医師署名又は記名押印 []						

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。

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、
接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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。 **被接種者又は保護者自署** []
 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。 (※被接種者が16歳未満の場合は、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	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	<input type="checkbox"/> 3歳未満 0.25mL	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	<input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5mL	接種年月日
		年 月 日