

# 行政措置予防接種（ポリオ追加予防接種）予診票

## 注意事項

- 1 この予診票は、予防接種を受ける時に非常に大切なものですから、必ず下記の項目について、もれなく正しく記入してください。
- 2 記入はペン又はボールペンで、下記の表のあてはまるところに記入するか、○で囲んでください。
- 3 まちがった記入のため事故が起こることもありますから、わからないことは医師にきいて必ず正しく書いてください。

	診察前の体温		度	分
住 所	岡山市	電話番号	-	-
受ける人の氏名		男	生年	昭和 年 月 日生
保護者の氏名		女	月日	(満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
①今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ( ) 下痢 ( )	は い  いいえ	
②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	
③1か月以内に家族や友人に麻疹、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	
④1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )	は い  いいえ	
⑤今までに特別な病気（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）にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ( )  治療・治療中・経過観察中)	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	
⑥今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ( )  歳頃 )	は い  いいえ	
そのときに熱がでましたか	は い  いいえ	
⑦薬やゼラチンを含んだ食品（ゼリー、グミ等）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	
⑧先天性免疫不全、後天性免疫不全と診断されたことがありますか	は い  いいえ	
⑨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 予防接種の名前 ( )	あ る  な い	
⑩家族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	
⑪6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	は い  いいえ	
⑫現在、妊娠をしていますか	は い  いいえ	
⑬妊娠の予定がありますか ( )  月頃 )	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	

### 医師の記入欄

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 )  医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか ( はい ・ 見合わせます )  被接種者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名	経口投与	実施場所
Lot No.	0.05 ml	医師名
		接種年月日  平成 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

岡 山 市

※この予診票は、各医療機関において、5年間保存とする。