

DT（2種混合）予防接種予診票

〒 様	接種年月日	令和 年 月 日	体温	度	分	
	氏名	(フリガナ)				
	保護者名					
	住所	〒				
	生年月日	平成・令和 年 月 日	性別			
DT（2種混合）予防接種通知書						
電話番号 () - ()						

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市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。 ・乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヶ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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言われましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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りしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6カ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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（実施できる・見合わせた方がよい）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などについて、説明しました。	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）	※かつ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、本予診票が市町村に提出されることについて同意します。	
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"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.1ml	接種年月日 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カ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。
 ※BCGの予防接種については「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と、5種混合ワクチン又は沈降15価肺炎球菌結合型ワクチンの接種については「皮下注射・筋肉内注射」の別を、それぞれ記載すること。