

みほん 見本 (これを 見て、書いてください。)

か 書くところは、⑫です。

鴨川市

4種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ) 予防接種予診票

とし げつ さい げつ 年: 2か月~7歳5か月

じゅうしょ 住所 (住んでいるところ)	① 鴨川市 横渚 1450	よぼうせつしゅ 予防接種をする日: 2021年 6月 1日	②	いしゃ 医師が診る前の体温(体の温度) 36度 7分	③
フリガナ		てんわ 電話	④	090-2330-3761	
子どもの名前	⑤ John Smith	性別	⑥ おとこ男・おんな女	子どもが生まれた日 2019年 4月 2日 (2歳 1か月)	⑦
		あなたの名前	⑧	Emily Smith	

⑨ よぼうせつしゅ 予防接種をした回数 (回目 (2021年 6月 1日) 2回目 (年 月 日) 3回目 (年 月 日) ついか追加

よぼうせつしゅ 予防接種をする前にあなたに聞きます	どちらかに ○	医師記入欄
きょう 今日 予防接種について 市から届いた紙を読みましたか?	⑩ いいえ はい	
う 生まれた子どものことを教えてください。生まれたときの体重(体の重さ)()g う 産んでいるときに子どもの体の具合が悪いと医師が言いましたか? う 生まれたときに子どもの体の具合が悪いと医師が言いましたか? けんしん 検診で体の具合が悪いと医師が言いましたか?	あつた あつた ある なかつた なかつた ない	ひだり 左の文を読んで どちらかに ○
きょう 今日、子どもの体の具合が悪いところはありますか? どうしましたか? ()	はい いいえ	
こ 子どもが1か月以内に病気にかかりましたか? 病気の名前 ()	はい いいえ	
1か月以内に家族やいっしょに遊んでいる人に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか? (病気の名前:)	はい いいえ	
1か月以内に予防接種をしましたか? 予防接種をした日とその名前 (月 日:)	はい いいえ	
う 生まれてから先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気がありますか? いしゃ 医師が診ていますか? 病気の名前 ()	はい いいえ	
【“はい”に○をした人】病気を診ている医師が「今日、予防接種をしていいです」と言いましたか?	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)になったことがありますか? 最後のけいれんは ()歳頃	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか?	いいえ はい	
くすり 薬や食べ物で肌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? ()歳頃 薬や食べ物の名前 () どうしましたか? ()	はい いいえ	
かぞく 家族に先天性免疫不全の人はいますか?	はい いいえ	
よぼうせつしゅ 予防接種で体の具合が悪くなったことはありますか? 予防接種の名前 ()	はい いいえ	
かぞく 家族に予防接種で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(血を体に注入すること)やガンマグロブリンの注射をしましたか?	はい いいえ	
きょう 今日 予防接種で、聞きたいことがありますか? 聞きたいこと ()	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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。

見合わせた場合の理由 () 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。

医師の自筆署名又は記名押印

いしゃ 医師の話(はなし)を聞いて、予防接種のことがわかりました。体の具合が悪くなることもあります。具合が悪くなったとき、助けてくれる制度について
わかりました。今日、予防接種を
⑪ (します・しません) ※どちらかに○をします。
この予診票は、予防接種を安全にするためです。市に渡してもいいです。
⑫ あなたの 名前 Emily Smith