

みほん 見本 (これを 見て、書いてください。)

鴨川市

2種混合(ジフテリア・破傷風) 予防接種予診票

書くところは、⑩こです。

とし 年： 11~12歳 11か月

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| ① 住所 (住んでいるところ) 鴨川市 横渚 1450 | ② 予防接種をする日: 2021年 6月 1日 | ③ 医師が診る前の体温(体の温度) 36度 7分 |
| フリガナ | ④ 性別 子どもが生まれた日 2010年 4月 2日 (11歳 1か月) | ⑦ |
| ⑤ 子どもの名前 John Smith | ⑥ おとこ 男 おんな 女 | ⑧ あなたの名前 Emily Smith |

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| 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 |
| ⑨ 今日の予防接種について市から届いた紙を読みましたか？ | いいえ | はい |
| 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 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？ 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 健診で体の具合が悪いと医師が言いましたか？ | あった あった ある | なかった なかった ない |
| 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 |
| 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、風しん、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 |
| 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？ 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(はだ)に発疹(ほっしん)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(せんてんせいめんえきふぜん)の人はいますか？ | はい | いいえ |
| 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(ゆけつ)〈血を体(からだ)に入れること〉やガンマグロブリンの注射(ちゅうしゃ)をしましたか？ | はい | いいえ |
| 今日の予防接種で、聞きたいことがありますか？聞きたいこと() | はい | いいえ |

ひだり ぶん よ
左の文を読んで
どちらかに ○

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

⑩ (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。

⑪ あなたの 名前 Emily Smith