

チェックボックスに線を引いてください	接種回数	定期以外	診察前の体温 ( 度 分 ) *体温は医療機関で測り記入してください。
	1 2 期	<input type="checkbox"/>	

住所	那覇市		
フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦)	年 月 日 生
予防接種を受ける人の氏名		満 歳	カ月
保護者の氏名	電話番号	TEL	- -

\*必ず住民登録してある住所を記入してください。那覇市の住民登録者以外がこの予診票で接種する場合は、全額自己負担になります。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種の内容及び注意事項を確認しましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
2 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
3 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 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
4 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
5 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹 (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
6 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
7 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、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 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
8 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 そのとき熱が出ましたか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
9 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 薬・食品名 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
10 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
11 これまでに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
12 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
13 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	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
14 今日の予防接種について質問がありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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・見合わせる ) 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について、説明をしました。	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、接種する事に ( 同意します・同意しません ) *かっ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。 このことをご理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署
--	-------

使用ワクチン名 (期限切れ注意)	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日 ※予診のみの場合も記載
ワクチン名 Lot No	皮下接種 0.5ml	<input checked="" type="checkbox"/> 上腕 <input checked="" type="checkbox"/> 大腿	実施場所 医師名
※予診のみの場合はチェックボックスに線を引いてください。		予診のみ <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左

(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的や重症の感染症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、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

\*太枠内をご記入ください。(黒のボールペンをご使用ください)