

**ヒブ（インフルエンザ菌b型）  
ワクチン予防接種予診票**

接種開始月齢:2か月～6か月	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
接種開始月齢:7か月～11か月	初回（1回目・2回目）・追加
接種開始年齢:1歳～4歳	1回のみ
診察前の体温	度 分

住 所	添田町大字		電話（ ）	
フリガナ		男・女	生年月日	平成 年 月 日生
受ける人の氏名				(満 歳 か月)
保護者の氏名				

質問事項 ( )内に数字、○印など記入してください	回答欄	医師記入欄
1. 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	いいえ はい	
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 分娩時や出生後に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか	あった なかった あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ る な い	
3. 今日、身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下さい（ ）	は い いいえ	
4. 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	
5. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気 の人がいましたか（病名）	は い いいえ	
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ）	は い いいえ	
7. 生まれてから今までに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 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	
8. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）歳頃 ・そのとき熱がでましたか（ ）	は い いいえ は い いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発しん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）	は い 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	は い いいえ	
11. 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 予防接種の種類（ ） （熱、おう吐、発しん、注射部のはれ、その他）	あ る な い	
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	は い 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	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  
 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 ・ 実施年月日
ワクチン名		実 施 場 所
Lot No.		医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認	m l	実 施 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、麻しん、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、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。



