

# 三種混合予防接種予診票

第 1 期				☆体温は医療機関で計ります。			医師記入欄	
1回目	2回目	3回目	追加接種	度 分 (平熱 度 分)			法定外接種の場合、保護者へ説明をしている。(○を記入)	
1回目から20日以内ですか はいいいえ	2回目から20日以内ですか はいいいえ	2回目から20日～56日以内ですか はいいいえ		※(注意) 接種の間隔は予防接種法で定められています。1回目と2回目・2回目と3回目は20日から56日の間隔で接種します。56日を超えると、対象年齢内であってもその回は法定外接種となります。但し、お子さんの体調による場合は法定接種としてみとめられる場合があります。				
現 住 所			八王子市			電 話		
フリガナ						平成 年 月 日生		
受ける人の氏名			男	生年月日		(満 歳 か月)		
保護者の氏名			女					

質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)		回答欄		医師記入欄	
1. 三種混合予防接種について市から配られている説明書を読みましたか		はい	いいえ		
2. 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 乳幼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 あった ある	なかった なかった ない		
3. 今日またはここ2～3日で体の具合の悪いところがありますか 症状( )		ある	ない		
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	いいえ		
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか 接種名( ) 接種日 /		はい	いいえ		
7. 生まれてから今までに特別な病気(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		はい	いいえ		
そのときに熱が出ましたか		はい	いいえ		
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		ある	ない		
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		いる	いない		
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 予防接種名( )		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		いる	いない		
※ 13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		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		ある	ない		

医師の記入欄 ※○で囲む  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)  
 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、説明した。

医師署名又は記名押印 ( )

保護者の記入欄 ※○で囲む  
 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、接種を希望しますか (希望します・希望しません)

\* 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。

保護者サイン ( )

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名 DPTワクチン	0.5ml		
Lot No.			
(注)有効期限がきれていないか確認	接種年月日	平成	年 月 日

※(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など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。(市提出用)

# 麻しん風しん混合予防接種予診票

第1期	第2期	第3期	第4期	特別	☆体温は医療機関で計ります。	
					度	分 (平熱 度 分)
現住所				八王子市		電話
フリガナ						
受ける人の氏名				男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日生  (満 歳 か月)
保護者の氏名※						

質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄	医師記入欄
1. 麻しん風しん混合予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	はい  いいえ	
2. お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( )g ※3期・4期は未記入でも可 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 乳幼児健診等で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
3. 今日またはここ2～3日で体の具合の悪いところがありますか 症状 ( )	ある ない	
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方がいましたか 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 接種名 ( ) 接種日 /	はい  いいえ	
7. 生まれてから今までに特別な病気 (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 ( ) 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 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 そのときに熱が出ましたか	はい  いいえ はい  いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある ない	
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	いる いない	
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 予防接種名 ( )	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	いる いない	
※ 13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい  いいえ	
14. (3期・4期の女性のみ) 現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか (注) 接種後2か月間は妊娠をさける必要があります	ある ない	
15. 今日の予防接種について質問がありますか	ある ない	

医師の記入欄 ※○で囲む  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印  
 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、説明した。 ( )

保護者の記入欄 ※○で囲む  
 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、接種を希望しますか (希望します・希望しません)  
 \* 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。  
 保護者サイン※ ( )

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 麻疹風疹混合ワクチン	0.5ml	
Lot No.		
(注) 有効期限がきれていないか確認	接種年月日	平成 年 月 日

※保護者の欄は接種を受ける人が既婚者の場合には、接種を受ける人のサインをしてください。  
 ※(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など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。(市提出用)

# 日本脳炎予防接種予診票

第1期 (7歳5か月まで)			第2期 (9歳から12歳11か月まで)	☆体温は医療機関で計ります。	医師記入欄
1回目	2回目	追加		度 分 (平熱 度 分)	法定外接種の場合、保護者へ説明をしている。(○を記入)
1回目から6日～28日以内ですか。		※(注意) 接種の間隔は予防接種法で定められています。1回目と2回目は6日から28日の間隔で接種します。28日を超えると、対象年齢内であってもその回は法定外接種となります。但し、お子さんの体調による場合は法定接種としてみとめられる場合があります。			

現住所	八王子市	電話	—
フリガナ		男・女	
受ける人の氏名		生年月日	平成 年 月 日生
保護者の氏名		(満 歳 か月)	

質問事項(あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師記入欄
1. 日本脳炎予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2. 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 乳幼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 あった ある	なかった なかった ない	
3. 今日またはここ2～3日で体の具合の悪いところがありますか 症状( )	ある	ない	
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	いいえ	
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか 接種名( ) 接種日 /	はい	いいえ	
7. 生まれてから今までに特別な病気(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( ) 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 はい	いいえ 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 そのときに熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
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	いる	いない	
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 予防接種名( )	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	いる	いない	
13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	ある	ない	

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 **(可能・見合わせる)** ※○で囲む  
 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、説明した。 医師署名( )

保護者の記入欄  
 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、接種を希望しますか。 **(希望します・希望しません)** ※○で囲む  
 \* 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。  
 保護者サイン( )

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 日本脳炎ワクチン Lot No.	0.5ml ・ 0.25ml (3歳未満)	
注)有効期限がきれていないか確認 ※○で囲む		接種年月日 平成 年 月 日

※(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など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。 (市提出用)

\*この予防接種の対象年齢であることを確認してください