

ポリオ予防接種予診票

※太線枠内をご記入ください。

		診察前の体温	度	分
回数	初回免疫(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)			
本人	住所 (住民登録地)	西宮市	保護者氏名	
	(ふりかな) 氏名	電話番号() -	男 女	生年月日 (満 歳 か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について西宮市の配布している説明書などを読みましたか	はい	いいえ	
お子さんは、経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	0回 ・ 1回 ・ 2回		
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生時体重 ()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	
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()	はい	いいえ	
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	
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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 受けた月日 ()月 ()日	はい	いいえ	
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	
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	
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
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はありますか	はい	いいえ	
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
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	
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、説明しました。 <div style="text-align: right;">医師の署名又は記名押印</div>		

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。
 このことを理解の上、本予診票が西宮市に提出されることに同意します。 保護者自署

医師 記入欄	使用ワクチン名	ロット番号	接種量	接種年月日
	ポリオ		0.5ml	

ポリオ		接種年月日	
予防接種番号		医療機関コード	28 0921631
被接種者氏名		医療機関名称	ユニコの森 村上こどもクリニック
生年月日		ロット番号	
接種(適否)	1. 適 2. 否	薬品メーカー	08.サフイバツール
接種種類	1 法定 2 任意	接種年齢	1. 生後3月から3歳未満 2. 3歳から6歳未満 3. 6歳から7歳半に至るまで 4. 7歳半以上(任意)
ワクチンコード	WT	実施区分	1. 西宮市民 2. 他市依頼 3. その他
回数 ※1	1 ・ 2 ・ 3		

※1 定期接種としての回数に○をしてください。