

不活化ポリオワクチン予診票

| | | | | | |
|---------|--|--------|----------|----------|-------|
| | | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住 所 | | 電話番号 | | — | — |
| 受ける人の氏名 | | 男 女 | 生年 月日 | 平成 | 年 月 日 |
| 保護者の氏名 | | | | (満 歳 カ月) | |

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| ポリオの生ワクチン、不活化ワクチンそれぞれのメリット・デメリットについて理解しましたか | はい | いいえ | |
| 国内未承認ワクチンであり、補償制度は輸入元の保険しかないことについて理解しましたか | はい | いいえ | |
| 摂取を受ける人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 | はい | いいえ | |
| 出生後に異常がありましたか | はい | いいえ | |
| 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか | はい | いいえ | |
| 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ヶ月以内に病気に罹ったりお薬を飲みましたか() | はい | いいえ | |
| 最近1ヶ月以内に、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 | |
| 4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種日(/) 予防接種名() | はい | いいえ | |
| 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか | 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、医師の診断を受けていますか | はい | いいえ | |
| その際に具合が悪くなったことはありますか | 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 | |
| そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| これまでにインフルエンザ以外の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() | 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がありますか 薬・食品名() | 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 予防接種名() | はい | いいえ | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか | はい | いいえ | |
| (12歳以上の女性の場合)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか | 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 | |

| |
|--|
| <p>医師の記入欄</p> <p>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)と判断します</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>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などについて理解した上で、接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 本人自署</p> |
|--|

| ワクチン名、メーカー名、ロット番号 | 接種量・部位 | 実施場所、医師名、接種年月日 |
|---|------------------|--|
| 不活化ポリオ 回数:1・2・3・4 メーカー名 SANOFI PASTEUR SA/ | 0.5ml 左 右 | 実施場所:ユニコの森 村上こどもクリニック 医師名:村上博 接種年月日 平成 年 月 日 |