

四種混合から五種混合に切り替えて接種する際の子診票記入例

(請求用)

五種混合
~~DPT-IPV (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ混合)~~ ワクチン接種予診票 **世田谷区**

住所	世田谷区			種類	4種混合 〔ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ〕
フリガナ 受ける人 の名前				有効期限	生後2か月～生後90か月 (7歳6か月)未満
保護者 氏名	TEL ()				

二重線を引き、五種混合と**赤字**で記入してください。

今回の接種に「○」をつけてください。 また過去の接種年月日をご記入ください。	第1期初回1回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期初回2回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期初回3回目接種 (西暦) 年 月 日	第1期追加接種
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------

下の太枠内の質問項目に必要な事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

問 題	回 答 欄	医師記入欄
1 今日受け	は い	
2 あなたの 出生	いいえ	
乳児健	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。()	は い	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名()	は い	
5 1か月以内に家族や遊び仲間、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	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名() 接種日 / ()	は い	
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、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	
その病気を治し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	
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	は い	
9 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	
そのときに熱が出ましたか。	は い	
10 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。	は い	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	は い	
12 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。		

四種混合の接種履歴を記入してください。
(黒字で問題ございません。)

空いている箇所に五種混合のワクチン名(ゴービックまたはクイントバック)を**赤字**で記入し、ロットシールを貼付してください。

医師署名 記名押印	実施場所・接種医師名
------------------	-------------------

保護者記入欄

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、接種することに

(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。このことを理解の上、
本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者自署又は
同 伴 者 署 名 _____

使用ワクチン

☐ クアトロバック
☐ テトラビック
Lot No _____

注有効期限が切れて

接種量
0.5 ml

接種部位(皮下)

左 上 腕
右 大 腿

接種(予診)年月日(西暦) 年 月 日

筋肉内注射の場合は「筋肉内」と**赤字**で記入してください。