

DT 予防接種予診票

(11 歳～13 歳未満)
 <破傷風・ジフテリア>

※予診票は、お子さんを診て接種するお医者さんへの大切な情報源ですので責任をもって記入しましょう。
 ※母子（親子）健康手帳なしでは予防接種を受けることができません。

※表の太枠の中のあてはまるところに記入するか又は○でかこんでください。

住 所	西原町	診察前の体温	度 分
(フリガナ) 接種を受ける 人の氏名		男・ 女	生年月日 年 月 日生 (満)
保護者の氏名		電話番号	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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)		保護者自署	
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。			

	質 問 事 項	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。	はい	いいえ	
2	今日体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
3	1 ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
4	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	
5	1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
6	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	
7	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	
8	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	いいえ	
9	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	
10	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 ()	ある	ない	
11	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	6 ヶ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	
13	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（可能・見合わせる）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。

医師の署名又は記名押印

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 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 ヶ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。