市提出用　**4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ）　予防接種予診票**

松戸市	受診日	西暦　　年　　月　　日	診察前の体温　　度　　分
接種回数	1回【　　年　　月　　日】2回【　　年　　月　　日】3回【　　年　　月　　日】　追加		
住所	松戸市		TEL
予防接種番号			生年月日　西暦　　年　　月　　日（満　　歳　　か月）
ふりがな			
受ける人の氏名	（男・女）		保護者氏名
接種日時点で松戸市に住民登録がありますか　※「ない」場合、全額自己負担となります　（　ない・ある　）			

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市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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	
１か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類（　　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	
【"はい"と回答した場合】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	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　最後のけいれんは（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい	
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 （　　）歳頃　薬品・食品名（　　）症状（　　）	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（　　）	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人はいますか	はい	いいえ	
６か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問（　　）	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・見合わせたほうがよい（理由：　　）** 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。	**医師の自筆署名（又は記名押印）**
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　※どちらかを〇で囲んでください** 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	**保護者の自筆署名**

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種（見合わせ）年月日
ワクチン名 Lot　No. 有効期限　　年　　月　　日	皮下接種 0.5ml	実施場所： 医師名： 接種（見合わせ）年月日：　西暦　　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。

キリトリ線

医療機関控用　**4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ）予防接種**

被接種者氏名（　　）**生年月日**　　年　　月　　日

住所　松戸市　　**TEL**

接種（見合わせ）年月日　　年　　月　　日　　**使用ワクチン名**　　**Lot　No.**