

# 百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブワクチン 五種混合予防接種 予診票（第1期初回1回目・2回目・3回目・追加）

和歌山市広域用

※ 太線のわく内は保護者が消えないボールペンで記入もしくは○でかこんでください。

令和 6 年度	記入年月日 令和 年 月 日	診察前の体温		度 分
住 所	和歌山市	男 女	生年 月 日	令和 年 月 日
受ける人の氏名	ふりがな			( 満 歳 か 月 )
保護者の氏名		電 話 番 号		—

注意  
予防接種を受けるときは、必ず母子健康手帳をご持参ください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
接種日に、和歌山市に住民登録がありますか。※「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。	いいえ	はい	
今日受ける予防接種についての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 ( ) グラム 分娩時に異常がありましたか。 出生時に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診(受けた・受けていない)で要観察といわれたことがありますか。 (体重・発達・その他)	あ	な	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名 ( )	は	い	
今、薬を使用していますか。	は	い	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名 ( )	は	い	
「はい」の場合、この子はすでにその病気にかかりましたか。	い	は	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	は	い	
これまでに五種混合の予防接種を受けましたか。 1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日	は	い	
生まれてから今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経・免疫不全・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	は	
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	
そのときに熱がでましたか。	い	は	
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。	あ	な	
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	
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	な	
今日の予防接種について質問がありますか。	は	い	

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などについて説明しました。 医師署名又は記名押印:

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か。 ( 同意する ・ 同意しない )  
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。保護者自筆:

使用ワクチン製造元	Lot No.	<input type="checkbox"/> 皮下接種	接種場所・医師名・接種年月日	医療機関 番号
1. ビケン 2. Km b		<input type="checkbox"/> 筋肉内接種	場所:	
3. その他 ( )		接種量0.5ml	氏名:	
(注)有効期限がきれていないか確認 <input type="checkbox"/>			接種年月日 令和 年 月 日	

五種混合予防接種 (1回目・2回目・3回目・追加) (医療機関の控)

被接種者	住 所	和歌山市	接種年月日	令和 年 月 日
	氏 名	男・女	年齢	歳 か月

百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブワクチン 五種混合予防接種  
予診票（第1期初回1回目・2回目・3回目・追加）