小 児 用 肺 炎 球 菌 ワ ク チ ン 接 種 予 診 票

{初 回 免 疫 （ １ 回 ・ ２ 回 ・ ３ 回 ）・ 追 加 免 疫 }

※今までの小児用肺炎球菌の接種日を記入してください

回　数	１回目	２回目	３回目
接種日	・　・	・　・	・　・

▼これは、予防接種を受けるお子さんの健康調査です。下の太枠のすべての項目について、〇印および必要事項を記入してください。

診察前の体温	度　　分

氏　名　ﾌﾘｶﾞﾅ　　男・女 年　月　日生（満　歳　ヵ月）	保護者の氏名	住　所（住民票がある住所） TEL （　　－　　）

質　問　事　項	回　答　欄		医師欄
今日の予防接種について市から配られている**「説明書」**を読みましたか	はい	いいえ	
お子さんの発育歴について 出生体重　（　　g） ・分娩時および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	なかった なかった	
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ヵ月以内に病気にかかりましたか　病名（　　）（　月　日頃）	はい	いいえ	
１ヵ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（　　）（　月　日頃）	はい	いいえ	
１ヵ月以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　　）（　月　日） **※　母子手帳の予防接種の記録欄を確認してください**	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（　　） ※　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 はい	いいえ 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） ※　そのとき熱が出ましたか　（およそ　　度　　分）	はい はい	いいえ 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	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がありますか　予防接種（　　）	ある	ない	
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カ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（※注）	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	

＊　医師の記入欄　＊

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・ 見合わせた方がよい ）**と判断します。保護者に対して、予防接種の結果、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。

医師署名又は記名押印

＊　保護者の記入欄　＊　（保護者のサインは連れて来た方の氏名を記入）

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。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、本予診票が飯塚市に提出されることに同意します。

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。

保護者自署

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 Ｌｏｔ　№. （注）有効期限がきれていないか要確認	**皮下接種　０．５ｍｌ** 接種部位：上腕伸側 （ 右 ・ 左 ）		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ヵ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。

☆　担当医療機関様へ　　接種後、予診票は**翌月の１０日まで**に提出してください。　　飯　塚　市