DPT-IPV【四種混合】 第1期 予防接種予診票
（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）

初回（1回目 ・ 2回目 ・ 3回目）・ 追加

※今回の接種に○をつけてください

広域接種番号								

広域接種の場合のみ記入

○太わく内は保護者が記入してください。

○太わく以外は医療機関で記入願います。
○この票は医療機関が市町村に料金を請求する際に請求書に添付してください。

診察前の体温	度　　分

住　所		電話番号		ー　　ー ※ 日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。
ふりがな 受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日生 （満　　歳　　カ月）
保護者の氏名				

これまで接種した四種混合ワクチンの接種日を記入してください。	初回1回目（　.　.　） 初回2回目（　.　.　） 初回3回目（　.　.　）

	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	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 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか	なかった なかった ない	あった あった ある	
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（　　）	いいえ	はい	
4	最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名（　　）　いつ頃（　　）	いいえ	はい	
5	4週間以内に、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（　　）	いいえ	はい	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）	いいえ	はい	
7	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（　　） その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ はい	はい いいえ	
8	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　回数（　　） 最後にひきつけを起こした時期（　年　月　日（　歳　カ月頃）） そのとき熱がでましたか	いいえ はい	はい いいえ	
9	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 薬・食品名（　　）	いいえ	はい	
10	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	いいえ	はい	
11	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 予防接種名（　　）	いいえ	はい	
12	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	いいえ	はい	
13	6ヵ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	いいえ	はい	
14	今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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。

医師署名又は記名押印

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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、

本予診票が市町村に提出されることに同意します。　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	皮下接種 0.5ml	実施場所
ロット番号	接種部位	医師名
（注）有効期限が切れていないか要確認	右 ・ 左 上腕 ・ 大腿	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。