□ DPT　（三種混合）
□ DPT-IPV（四種混合）予防接種予診票（　回目・追加）

受ける予防接種の□にチェックしてください。

◎通知が行き違う場合がありますので、接種回数及び接種間隔等を親子（母子）健康手帳と照合してワクチン接種に臨みましょう。

住　所	宜野湾市		診察前の体温	度　分	
接種を受ける人の氏名		性別 男・女	生年月日	年　月　日生 （満　歳　か月）	
保護者氏名		接種歴	1回目：	年　月　日	
電話番号			2回目：	年　月　日	
			3回目：	年　月　日	

2～14の質問事項については、お子さまの状況を回答し、「はい」に該当する場合は、（　）の中に具体的にご記入ください。

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る説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2. お子さんは、DPT（三種混合ワクチン）の接種を受けたことがありますか	0回・1回・2回・3回		
お子さんは、不活化ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか	0回・1回・2回・3回		
3. 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	あった	なかった	
・出生時に異常がありましたか	あった	なかった	
・乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
4. 今日体に具合の悪いところはありますか 具体的な症状を書いてください（　）	はい	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか　病名（　）	はい	いいえ	
6. 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（　）	はい	いいえ	
7. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名・接種日（　）	はい	いいえ	
8. 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	
9. 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	
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
10. 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	
11. 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	
12. 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 予防接種名（　）	ある	ない	
13. 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	
14. 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・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・Lot No.	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
三種混合	（皮下接種）	実施場所 医師名
四種混合 （注）有効期限が切れていないか要確認	ml	接種年月日　年　月　日

三種/四種混合予防接種と同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと

【B型肝炎・ヒブ・小児の肺炎球菌・BCG・MR・水痘・日本脳炎・ロタ・おたふく・その他（　）】