

H i b (ヒブ) 予防接種申込書及び予診票

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所には○をして詳細を記入し、裏面の欄に自筆で署名してください。

記入日：(令和 年 月 日)

今回の接種回数	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ (追加)	診察前の体温	度 分
---------	---------------------------------	--------	-----

本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。 はい ・ いいえ → 接種券は使用できません。

の住所 住民登録	神戸市	区	町・通	丁目	番	号
	〒 (— —)					

受ける人	フリガナ	氏名	男・女	保護者の氏名
	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (接種日現在： 歳 か月)		つれてきた人の氏名

【Hib 接種確認表】

母子健康手帳等で接種歴を確認のうえ、接種時の月齢・接種回数・接種間隔（接種間隔の起算日は接種日の翌日）に間違いはないかを保護者及び医療機関がそれぞれ確認して、右下チェック欄口にチェック☑してください。（※Hibは初回接種月齢によって、接種回数が変わります）

初回 27日（医師が必要と認めた場合は20日）以上の間隔をおく				追加 生後60か月（5歳） に至るまで <small>（初回最後の接種からの接種間隔）</small>		接種回数	○：接種可 ×：接種不可
1回目	2回目	3回目					
生後2か月から7か月に至るまで	○	生後12か月に至るまで <small>（1歳の誕生日前日まで）</small>	○	○	(7か月以上)	4	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> チェック欄 ☑ 接種可否を確認しましたか。 【保護者】 □ 【医療機関】 □ </div>
		生後12か月に至った日の翌日から <small>（1歳の誕生日当日から）</small>	×	×	○	(27日以上)	
	生後12か月に至った日の翌日から <small>（1歳の誕生日当日から）</small>	×	×	○	(27日以上)	2	
生後7か月に至った日の翌日から12か月に至るまで	○	生後12か月に至るまで <small>（1歳の誕生日前日まで）</small>	○	○	(7か月以上)	3	
		生後12か月に至った日の翌日から <small>（1歳の誕生日当日から）</small>	×	○	(27日以上)	2	
生後12か月に至った日の翌日から5歳に至るまで				○	1回接種で終了	1	

※「●歳に至るまで」とは、誕生日の前日を指します。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日、今日の予防接種について、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」や、ワクチンに関する説明リーフレットを読み、予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
2. お子さんの発育歴についておたずねします。 出生時体重 () グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるとされたことがありますか。	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
4. (1) 最近1か月以内に、病気にかかりましたか。(いつ： 月 日) 病名 { 麻しん (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他 () }	はい	いいえ	
(2) 今、何か薬を飲んでいますか。	はい	いいえ	
(3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。	はい	いいえ	

裏面につづく

5. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。 病名()	いいえ	はい	
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 受けた日と予防接種の種類()	いいえ	はい	
7. 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)	いいえ	はい	
8. 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りしたことがありますか。(薬・食品名)	いいえ	はい	
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか。 ()歳頃に()回くらいおこした。 その時に熱は出ましたか。	いいえ いいえ	はい はい	
10. 今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、胃腸障害、血液の病気、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() かかったのは()年()月()日 その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいと言われましたか。	いいえ はい	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。	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人はいますか。	いいえ	はい	
13. 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。(注1)	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、ウシ成分の使用について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

【保護者記入欄】

医師の診察・説明〔ウシ成分の使用に関する説明(注2)も含む〕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)。※かつ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、本予診票が神戸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	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
Hib 初回()回目・追加	皮下接種 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 左上腕	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(破傷風トキソイド結合体)		<input type="checkbox"/> 右上腕	
製造所名 Lot.No. 有効期限		<input type="checkbox"/> その他 (部位)	

(注1) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

(注2) このワクチンは製造工程にフランス産ウシの肝臓及び肺由来成分、米国産ウシの心臓及び骨格筋由来成分、ブラジル産ウシの心臓由来成分を使用しています。本ワクチンの接種によりTSE(伝達性海綿状脳症)がヒトに伝播したとの報告はなく、本ワクチンによるTSE伝播のリスクは極めて低いものと考えられます。