

四種混合（DPT-IPV）予防接種申込書及び予診票

（ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ）

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所に○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	I期初回（1回目・2回目・3回目）・（1期追加）	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	氏名	フリガナ	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

※次の項目について、母子健康手帳の予防接種記録欄等を確認しながら、あてはまる回数に○をしてください。

今までに 四種混合(DPT-IPV)ワクチン を受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ※4回の方は四種混合ワクチンの接種は完了しているため、接種不要です
今までに 三種混合(DPT)ワクチン を受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ※4回の方は四種混合ワクチンの接種は不要です。ポリオ接種が済んでいない場合は不活化ポリオワクチンを接種すること。
今までに 経口生ポリオワクチン を受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回
今までに 不活化ポリオワクチン を受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 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。	ない	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 ()	いいえ	はい	
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 () } (2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。	いいえ	はい	
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	

裏面につづく

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	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	
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)	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
DPT-IPV I期初回 () 回目・I期追加	皮下接種 0.5ml	<input type="checkbox"/> 左上腕	実施場所 医師名
沈降精製百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化 ポリオ混合ワクチン		<input type="checkbox"/> 右上腕	
製造所名 Lot.No. 有効期限		<input type="checkbox"/> その他 (部位)	接種年月日 令和 年 月 日

(注)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。