

B型肝炎 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○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	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	診察前の 体温	度 分
接種 間隔 の 確認	接種日を記載し、接種回数、接種間隔が定期接種の対象であることを十分確認してください。 ※必ず母子健康手帳の予防接種記録等を確認しながら、正確に記入してください。		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>1回目</p> <p>(年 月 日)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>2回目</p> <p>(年 月 日)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>3回目</p> <p>(年 月 日)</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">27日以上の間隔</p> <p style="text-align: center;">1回目接種から139日以上の間隔</p>		

今日、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 民 登 録 所	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	令和 年 月 日生 (接種日現在：生後 か月) <small>※1歳の誕生日前日までが対象です</small>		つれてきた 人の氏名 (保護者と異なる場合)

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、神戸市から配付されている「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. お子さま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言わ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 (周囲の人) 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	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1)	いいえ	はい	
14. ラテックス過敏症ですか。(注2)	いいえ	はい	
15. 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。 ※ある場合は定期接種対象外です	ない	ある	
16. 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
B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	皮下接種 0.25 ml	<input type="checkbox"/> 左上腕	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
組換え沈降B型肝炎ワクチン		<input type="checkbox"/> 右上腕	
製造所名 Lot.No. 有効期限		<input type="checkbox"/> その他 (部位)	

(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) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボカド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。