

7. (1) 今までに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。 (薬品名・食品名)	な い	あ る	
(2) ぜんそくや鼻アレルギーが起こったり、発疹やじんましんのできやすいほうだと思いますか。	い い え	は い	
8. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (1) そのとき熱が出ましたか。(度 分くらい)	な い	あ る	
(2) 年ごろまでに 回くらいおこした。	い い え	は い	
9. 今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。あれば病名 () (かかったのは 年 月 日)	な い	あ る	
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といわれましたか。	は い	い い え	
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 ない	い る	
11. 1か月以内に家族や周囲の人に麻しん、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 ない	い る	
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 ない	い る	
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。	な い	あ る	

【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・見合わせたほうがよい**)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

【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	実施場所・医師名・接種年月日
ジフテリア・破傷風 (DT) II期	(皮下接種)	実施場所
沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド 製造所名 Lot. No. 有効期限 年 月 日		医師名 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出ないことがあります。