

元号改正に伴う予診票の
変更について

現予診票

数字は、右を参考に黒ボールペンで枠内から
はみ出さないように入力してください。

記入例

B型肝炎予防接種予診票

1回目 2回目 3回目

予防接種・乳幼児健診番号

※生後12月に至るまで

住所	熊本市 区	電話	-
フリガナ		生年月日	平成 <input type="text" value="1"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日
受ける人の氏名		満 歳	か 月 性別 男・女
保護者氏名		平常の体温	度 分 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
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	はい いいえ	
今日受ける予防接種について熊本市から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
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 出生後に異常がありましたか	あった なかった あった なかった	
乳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	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気がかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 記載例: 予防接種-接種日 -- 百種混合-6/5 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(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言われましたか	はい いいえ	
きつつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい いいえ	
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	
天然ゴム(ラテックス)製品、あるいは天然ゴムと交差反応を起こす食べ物(バナナ、栗、キウイ、アボカド、メロン等)でアレルギー反応がみられたことがありますか	はい いいえ	
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	
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	はい いいえ	
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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

医師の診察及び説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解の上で接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません) どちらかを〇で囲んでください。
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。保護者自署
このことを理解の上、本予診票が熊本市に提出されることに同意します。保護者自署

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 (可 ・ 不可)
保護者に対して、予防接種の効果、副作用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。医師の署名
又は記名押印

使用ワクチン	接種量	実施又は予診場所・医師名
ワクチン名 Lot.No 有効期限 予診の理由	皮下接種 0.25ml	実施・予診 年月日 平成 <input type="text" value="1"/> 年 <input type="text" value="5"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日 医療機関コード <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 医療機関名 医師名

注: ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、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ないことがあります。

熊本市 H29.3 提出用

新予診票

しおりの末尾に
年齢早見表を添付

数字は、右を参考に黒ボールペンで枠内から
はみ出さないように入力してください。

記入例

B型肝炎予防接種予診票

1回目 2回目 3回目

予防接種・乳幼児健診番号

※生後12月に至るまで

住所	熊本市 区	電話	-
フリガナ		生年月日	20 年 月 日
受ける人の氏名		年齢	歳 月 日
保護者氏名		平常の体温	度 分 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の予防接種について、熊本市から配られている「説明書」を読みましたか	はい いいえ	
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 出生後に異常がありましたか	あった なかった あった なかった	
乳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	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気がかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種日 (年 月 日)	はい いいえ	
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言われましたか 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言われましたか	はい いいえ	
きつつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい いいえ	
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	
天然ゴム(ラテックス)製品、あるいは天然ゴムと交差反応を起こす食べ物(バナナ、栗、キウイ、アボカド、メロン等)でアレルギー反応がみられたことがありますか	はい いいえ	
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	
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	はい いいえ	
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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

医師の診察及び説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解の上で、接種することに同意します。 (同意します ・ 同意しません)。本予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
記入例 このことを理解の上、本予診票が熊本市に提出されることに同意します。保護者自署

医師 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 可 不可 と判断します。
記入欄 保護者に対して、予防接種の効果、副作用及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。

使用ワクチン	接種量	実施・予診場所・医師名
ワクチン名 Lot.No 有効期限 予診の理由	皮下接種 0.25 ml	実施・予診 年月日 20 年 月 日 医療機関コード <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> 医療機関名 医師名

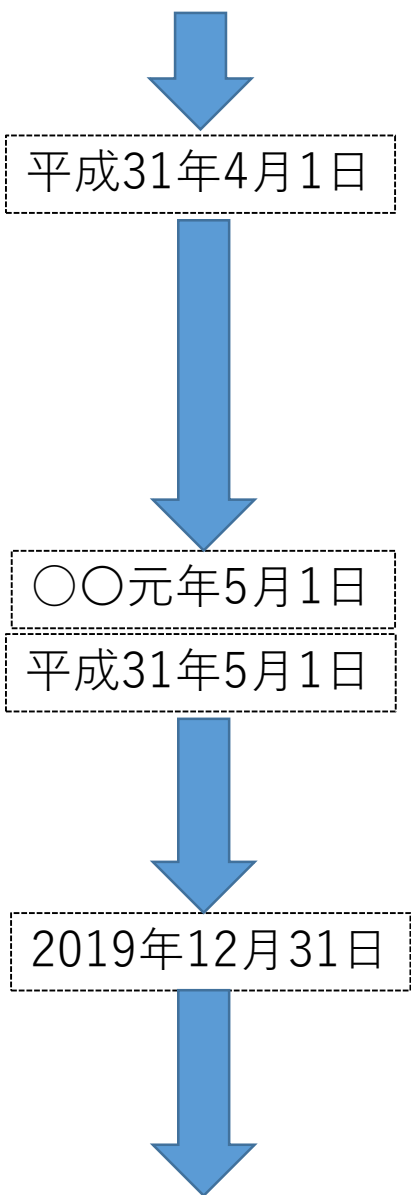
注: ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にないことがあります。

熊本市 H29.3 提出用

医療機関

現予診票

新予診票



配布

終了

使用・請求

配布

使用・請求

新予診票の配布は4月1日以降

新予診票の使用は5月1日以降

請求のときは、現予診票と新予診票を分けて提出してください。