B型肝炎予防接種予診票 （ 1回目　2回目　3回目 ）

※予診票は、お子さんを診て接種するお医者さんへの大切な情報源ですので責任をもって記入しましょう。
※母子（親子）健康手帳なしでは予防接種を受けることができません。

※表の太枠の中のあてはまるところに記入するか又は○でかこんで下さい。

住　所	西原町	診察前の体温	度　　分		
接種を受ける人の氏　名		男・女	生年月日	生 （満　　）	
保護者氏名		行政区		TEL	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
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 ）　　保護者のサイン
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

	質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	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。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
4	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名（　　）	はい	いいえ	
5	1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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（　　）	はい	いいえ	
6	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
7	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いわれましたか。	はい	いいえ	
8	ひきつけ（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	
9	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	
10	ラテックス過敏症＊ですか。	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。	はい	いいえ	
12	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（　　）	ある	ない	
13	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	
14	6ヵ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	
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。	はい	いいえ	
16	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
17	B型肝炎ワクチンの接種歴を記入して下さい。	1回目	年　月　日	
		2回目	年　月　日	
		3回目	年　月　日	

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。
医師の署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	※（皮下接種） ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　月　日

(注)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。