

小児用肺炎球菌ワクチン(プレベナー)[Ⓡ] 予防接種予診票

接種をご希望の方へ：太枠内にご記入ください。「はい」「いいえ」のうちあてはまる方を○で囲んでください。

接種回数	初回免疫（1回目・2回目・3回目）・追加免疫	診察前の体温	度	分
住 所	八代郡氷川町	TEL	()	-
接種を受ける人 フリガナ 氏 名		男・女	年	月 日生
保護者氏名		生年月日	(歳	カ月)

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明文書を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生時の体重	はい	いいえ	
分娩時に異常がありましたか。	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 症状 ()	はい	いいえ	
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	
1ヵ月以内に家族や友達にはしか、風しん、水痘、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	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・血液・脳神経の病気、免疫不全、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	
その病気をみ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。	いいえ	はい	
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	
その時に熱が出ましたか。	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はありますか。 薬・食品名 ()	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	
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 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
6ヶ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	
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・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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・副反応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。

保護者署名 []

使用ワクチン名（外箱に添付されている製造番号シール貼付いただいても結構です。）	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：沈降7価肺炎球菌結合型ワクチン (無毒性変異ジフテリア毒素結合体) プレベナー [Ⓡ] 水性懸濁皮下注 メーカー名：ファイザー株式会社 製造番号：	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右上腕伸側	医療機関名： 医師名： 接種年月日： 年 月 日

注) 記載いただきました個人情報は、ワクチン接種に関する予診にのみ使用します。