

接種回数	/	回目 ←1回目は1、2回目は2、3回目は3を記入してください
住所	千葉市 区	電話 — —
予防接種番号		実施日
フリガナ		西暦 20 年 月 日
氏名		子の満年齢 歳 か月
生年月日	西暦 年 月 日	保護者氏名

(↑ 予防接種番号シールをはってください) 診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	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。	あった	なかった	
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるとさ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。	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名(月 日:)			
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
種類(月 日:)(月 日:)			
種類(月 日:)(月 日:)			
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(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
病名()			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	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 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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	ない	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある	ない	
予防接種名()			
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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい	いいえ	
ラテックス過敏症※ですか	はい	いいえ	

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名		実施医療機関名	コード
Lot.No.			
有効期限	西暦 年 月 日		
接種の適否	接種量	接種医師名	コード
1. 適 2. 否	2 0.25ml 皮下接種		

医師の記入欄
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

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、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。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者自署

※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、ラテックスと交差反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボカド、マンゴ)にアレルギーのある場合はご相談ください。ワクチンのバイアルのゴム栓に天然ゴム(ラテックス)が含まれている製剤がありますので、注意が必要です。

B型肝炎予防接種 (医療機関控用)

- 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日
- 住所 千葉市 区 年 月 日
- 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.

B型肝炎

【病気の説明】

B型肝炎ウイルスは、ヒトの肝臓に感染し、一過性または持続感染(キャリア)を起こします。持続感染の多くは出生時または乳幼児期の感染で成立することが知られており、そのうちの10%~15%は感染から年月を経て慢性肝炎を発症し、その後、肝硬変・肝細胞がんを発症することがあります。

【副反応】

倦怠感や接種部位の発赤、腫脹で3~4日で消失します。時に硬結は1か月ほど残る場合もあります。多くは軽度かつ一過性ですが、重大な副反応として、アナフィラキシー、多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎、ギランバレー症候群等の報告があります。疑われた場合はすぐに医師に申し出てください。

【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)している方
- ②重い急性疾患にかかっている方
- ③過去にB型肝炎ワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある方
- ④その他、医師が不適切な状態と判断した場合
- ⑤HBs抗原陽性の母親から生まれたお子さんは、予防接種の対象となりませんので主治医とご相談ください。

【予防接種を受ける際に、医師とよく相談をしないといけない方】

- ①心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害などの基礎疾患のある方
- ②過去に予防接種で、接種後2日以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状がみられた方
- ③受ける予防接種の接種液の成分に対して、アレルギーを起こす恐れがある方
- ④過去にけいれん(ひきつけ)を起こした方
- ⑤過去に免疫不全の診断をされたことがある方及び近親者に先天性免疫不全の方がいる方

【予防接種を受けたあとの一般的注意点】

- ①予防接種を受けたあと30分間は、アナフィラキシー様症状など重篤な副反応が起こる場合があります。その場でしばらく待つか、すぐに医師と連絡がとれるようにしておきましょう。
- ②接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありません。
- ③接種当日はいつもの生活をしましょう。激しい運動は避けましょう。
- ④接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。

【副反応が起こった場合】

予防接種を受けた後、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、医師の診察を受けてください。障害を残すなどの健康被害が生じた場合は、健康被害救済の給付の対象となる場合があります。