

※太枠の中は必ず記入してください。

- ・この予診票は予備用として、急な発熱により接種できなかった予防接種などに使用します。
- ・予防接種の種類を〔 〕内に記入してご使用ください。

きりとせん

明石市〔 〕予防接種予診票

診察前の体温

度

分

ふりがな		男・女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名				
保護者の氏名				
住 所	明石市	電話 - -		

←医療機関で測ります。

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「予防接種と子どもの健康」などの説明書を読み、効果や副反応（特に腸重積症）などについて理解しましたか		い い え	は い		
【B型肝炎の場合】母子感染予防として、出生後にB型肝炎の予防接種を受けたことがありますか		は い	い い え	適	不適
【ロタの場合】今日の接種は何回目ですか。（ ）回目 1回目の場合、出生14週6日後を過ぎていませんか		い る	い な い		
お子さんの接種できる期間及び前回接種からの間隔が適正かを確認しましたか		い い え	は い	適	不適
あなたのお子さんの発育歴について 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 かつ た な かつ た 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カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）なおった日（ 月 日頃）		は い	い い え		
1カ月以内に家族や遊び仲間へ麻しん、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		
【BCGの場合】生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか		は い	い い え		
1カ月以内に予防接種を受けましたか 種類（ ）接種日（ 月 日）		は い	い い え	適	不適
【ロタの場合】これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか		は い	い い え	適	不適
【ロタの場合】これまでに、免疫不全と診断されましたか。また、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか		は い	い い え	適	不適
これまでに、先天性異常、免疫不全症、心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液※の病気、胃腸障害※、その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか ※…ロタのみ 病名（ ）		は い	い い え		
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		
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		
【ロタの場合】母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか 薬剤名（ ）		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人はいますか		は い	い い え		
これまでに、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 具体的に（ ）		は い	い い え		

←同じワクチン同士の間隔チヤク

（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（腸重積症）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

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（特に腸重積症）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）※**かつ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、本予診票が市町村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（予診）年月日
Lot No.	ml	実施場所 医 師 名 年 月 日 年 月 日

明石市予防接種券（市外に転出すると使用できません ※転出日同日も含む）

予防接種シール貼付欄
※シールを貼付していないと使用できません。
※シールに記載の期間外の接種は全額自己負担となります。

保護者氏名
電話 番 号
(携 帯 可)
保護者記入欄

種類	9	10	回数	12	接種日	13	5	19	医コード	20	27
ワクチン名					接種量			実施場所・医師名			
Lot No.					ml						
28					37						

↑医療機関できりとせん。

☆予防接種の一般的な注意事項

接種前の注意

- お子さまの体調のよい時に受けましょう。
- 接種を受ける当日は、朝からお子さまの状態をよく観察し（体温も計っておく）、ふだんと変わったところがないことを確認してください。なお、接種を受ける予定をしても、体調が悪いと思ったら見合わせてください。
- 「予防接種と子どもの健康」などをよく読んで、受ける予定の予防接種の必要性や副反応について理解しましょう。もし、わからないことがあれば、接種を受ける前に医師に質問しましょう。
- 予防接種シールを貼付した予診票（本票）、母子健康手帳、健康保険証を忘れずに持っていきましょう。
- 予診票は、お子さまを診察し、接種する医師への大切な情報です。接種を受ける当日に、責任を持って記入しましょう。
- お子さまの日ごろの健康状態を知っている保護者の方が連れて行きましょう。
- ロタウイルスを受ける場合、吐き戻しを避けるため、接種をされる医療機関の指示に従って、授乳を控えましょう。

接種後の注意

- 予防接種を受けた後30分以内は、まれに急な副反応が起こることがありますので、お子さまの様子を観察しましょう。
- 接種後、生ワクチンでは4週間、不活化ワクチンでは1週間は副反応に注意しましょう。
- 接種後、接種部位の異常な反応や体調の変化などがあった場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。
- 当日の入浴は差し支えありませんが、接種したところをこすりせず清潔に保ちましょう。
- 接種当日は、激しい運動を避けましょう。
- BCGの予防接種を受けた後に、早期（多くは3日以内）に著しい腫れ、発赤、しこり等が起きた場合、コッホ現象といって結核感染が疑われることがありますので、速やかに医師の診察を受けましょう。
- ロタウイルスの予防接種を受けてから1～2週間の間で、泣いたり、不機嫌になったりを繰り返す、嘔吐を繰り返す、ぐったり顔色が悪い、血便がでる等の症状がひとつでも現れた場合は、速やかに医師の診察を受けましょう。
- 生（注射）ワクチン接種から、次の生（注射）ワクチンを接種する場合は、4週間後の同じ曜日から接種できます。

☆予防接種を受けることができない方

- 明らかに発熱（通常37.5℃以上をいいます）をしている方
 - 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
 - その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシー※を起こしたことがあることが明らかな方
 - 麻しん、風しん、水痘及びおたふくかぜの予防接種の場合においては、妊娠していることが明らかな方（乳幼児には直接関係ない規則ですが、任意で受ける方のことも考慮したものです。）
 - BCGの予防接種の場合においては、外傷などによるケロイドが認められる方
 - B型肝炎の予防接種の対象者で、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方
 - ロタウイルスの予防接種の場合においては、腸重積症の既往歴のあることが明らかな方、先天性消化管障害を有する方（治療が完了した方を除く）及び重症複合免疫不全症の所見が認められる方
 - その他、医師が不適当な状態と判断した方
- ※アナフィラキシーとは、通常接種後約30分以内に起こるひどいアレルギー反応のことです。発汗、急に顔が腫れる、全身にじんましん、はきけ、おう吐、声が出にくい、息が苦しいなどの症状に続きショック状態になるような、激しい全身反応のことです。

☆予防接種を受ける際に注意を要する方

次の項目に該当すると思われる方は、かかりつけ医がいる場合には必ず前もって診てもらってから接種してもらうか、診断書や意見書をもってから接種してください。

- 心臓病、腎臓病、肝臓病、胃腸障害、血液の病気や発育障害などで治療を受けている方
- 予防接種を受けた後、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを思わす異常がみられた方
- 過去にけいれん（ひきつけ）を起こしたことがある方（けいれんの起こった年齢、熱があったか、その後起こっているか診察時に詳しく説明してください）
- 過去に免疫不全と診断されたことのある方、及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- ワクチンにはその製造工程における培養に使う微量の卵の成分、抗生物質、安定剤などが入っているものがあるので、これらにアレルギーがあるといわれたことのある方
- BCGの予防接種の場合においては、過去に結核患者との長期間の接触があったり、結核に感染した疑いのある方