

不活化ポリオワクチン予防接種予診票

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

接種回数	1回目 2回目 3回目 4回目	診察前の体温	度 分
住 所	〒	電話番号	平成 年 月 日生 (満 歳 カ月)
接種を受ける人 氏名	フリガナ -----		
保護者氏名		生年月日	

質問事項	回答欄		医師記入欄
当院作成の不活化ポリオワクチンに関する説明文書を読み、理解しましたか。 不活化ポリオの場合、副作用に対する救済制度が異なることを理解しましたか	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 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。	() g	はい いいえ はい いいえ 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、水ぼうそう、おたふくかせなどの病気の方がいましたか。 病名 () いつ頃ですか (/) 頃	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 () 接種日 /	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・脳神経の病気、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。	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。 そのときの月齢・年齢 そのときに熱が出ましたか。	はい (歳頃)	いいえ はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。 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がありますか。 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人はいますか。	はい	いいえ	
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	
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・見合わせた方がよい** ）と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果・目的、有益性及び副反応並びに救済制度について、説明をしました。

医師の署名又は記名押印 []

保護者の記入欄

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** ）。
※かっ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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名： 不活化ポリオワクチン IMOVAX POLIO SANOFI PASTEUR SA	実施場所 : 東京都八王子市南大沢2-25 フォレストモール2階 医療法人社団めぐみ会 南大沢メディカルプラザ2小児科 医師名 : 接種年月日 : 平成 年 月 日

※頂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いたします。