

予診票記入例（15価接種予診票を使用して20価接種予診票を接種する場合）

小児用肺炎球菌ワクチン 接種予診票

(請求用)
世田谷区

住 所	世田谷区	丁 目	番 号	種 類
フリガナ		性別	生 年 月 日 (西暦)	小児用肺炎球菌
受ける人 の 名 前		性 別	年 月 日 (満 歳 か月)	有効期限
保 護 者 氏 名		TEL	()	生後2か月～5歳の 誕生日の前日まで

今回の接種に「○」をつけてください。 また過去の接種年月日をご記入ください。	1回目接種 (プレベナー13・バクニュバンス)	2回目接種 (プレベナー13・バクニュバンス)	3回目接種 (プレベナー13・バクニュバンス)	追加 接種
1回目接種時の月齢(年齢)	歳 か月 (西暦)	年 月 日 (西暦)	年 月 日 (西暦)	年 月 日 (西暦)

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。	診察前の体温	度 分
質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	いいえ はい	
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。	はい いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい いいえ	
乳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	
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か月以内に病気にかかりましたか。病名 ()	はい いいえ	
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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か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	
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	

使用ワクチン欄にある「プレベナー13（皮下のみ）」の「13（皮下のみ）」を赤字で取り消していただき、「20」と赤字で記載して下さい。

以上の問診及び診察結果を 保護者に対して、予防接種の効果や目的、 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上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※ 上記の中どちらかを○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、本予診票が区 に提出されることに同意します。 保護者自署又は 同伴者署名	実施できる ・ 見合わせはつがよい」と判断します。 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	実施場所・接種医師名 実施機関名・住所・電話番号 接種医師名 接種(予診)年月日 (西暦) 年 月 日
使用ワクチン ☑ プレベナー13(皮下のみ) □ バクニュバンス Lot No (注)有効期限が切れていないかを確認 接種量 0.5ml 接種方法 皮下・筋肉内 接種部位 左 上腕 右 大腿		