予診票の書き方

当院では、ワクチン接種の際に予診票の記入をお願いしております。
いつも、事前記入にご協力いただき、ありがとうございます。
予診票の記入の際に特に気をつけていただきたいポイントをまとめましたので、ご一読いただき
次回からの記入間違いや記入漏れがないように気にかけていただけると助かります。
一例としてインフルエンザワクチンの予診票でご説明します。

任　1回目　2回目　あんずこどもクリニック
インフルエンザ行政措置任意予防接種予診票（有料）

住所	宝塚市	生年月日	年　月　日生（満　歳　か月）
TEL			
ふりがな		男・女	診察前の体温　度　分
受ける人の氏名			医師記入欄
保護者の氏名			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1　現在宝塚市に住民票がありますか	はい	いいえ	
2　今日受ける予防接種についての説明書(別紙)を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
3　**7歳未満の方のみご記入ください**			
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いわれたことがありますか	ある	ない	
4　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	
5　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	
6　1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
7　1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
8　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	いいえ	はい	
9　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	
そのときに熱が出ましたか	いいえ	はい	
10　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	
11　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	
12　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	
13　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	
14　今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄　以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　**可能**　・　**見合わせる**　）
保護者(本人)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、　**接種を希望しますか**（**接種を希望します**・**接種を希望しません**）
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。　**保護者自署【　　】**
このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。　(20歳以上は本人自署)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所	あんずこどもクリニック
Lot No.	□3歳未満 0.25ml	医師名	近藤　杏子
	□3歳以上 0.5ml	接種年月日	平成30年　月　日

① ふりがなの記入漏れ。

② 和暦/西暦の記載がない
30.1.1 ではなく H30.1.1 / R1.5.1
または 2018.1.1 と記載。

③ ○の記入漏れ。

④ 出生体重の記入漏れ。

⑤ 1か月以内の予防接種とは、
前月の同日までに予防接種を
したかどうかという意味です。
前月の同日までに接種された
場合は「はい」にチェックを入れ、
前回受けたワクチン名と日付を
記載します。

前回のワクチン接種が**1月7日**として
例1）**2月7日まで**に接種する場合
「はい」に○をつけて前回分のワクチン名称と日付を記載。
例2）**2月8日以降**に接種する場合
「いいえ」に○をつける。

⑥ 接種希望について○とご署名の
記入漏れ。
上部、保護者氏名と保護者自署を
一致させます。もし違う場合はそ
れぞれに(父)、(母)などを付記し
ます。

肺炎球菌・ヒブ・B型肝炎・ロタウイルスの予診票は、さらに間違いやすい場所があるので、裏面で詳しくご説明します。

ヒブワクチン・肺炎球菌ワクチン

「接種開始月年齢に〇印をつけてください。」という質問があり、**開始月年齢ではなく、接種月年齢に〇印をつける**方がおられます。**必ず接種開始月年齢に〇印をつけてください。**

小児用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票　健康センター控

住　　所	宝塚市			TEL	
ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日生	
受ける人の氏名				(満　歳　か月)	
保護者の氏名					
接種開始月年齢に〇印をしてください。	①2～7か月未満	②7～12か月未満	③1歳以上2歳未満	④2歳以上5歳未満	

B型肝炎ワクチン

「母子感染予防として出生後にワクチンを受けたことがありますか」という質問があり、その回答に「はい」と〇印をつける方がおられます。
これは**お母さんがB型肝炎のキャリアの場合のみ「はい」**に〇印をつけてください。

B型肝炎予防接種予診票　健康センター控

住　　所	宝塚市			TEL	
ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日生	
受ける人の氏名				(満　歳　か月)	
保護者の氏名					
今回受ける予防接種は(必ず〇印をしてください)	1回目	2回目	3回目	診察前の体温	医師記入欄
				度　分	

質問事項	回答欄		
1　現在宝塚市に住民票がありますか	は い	いいえ	
2　今日受ける予防接種について市から配られている説明書(予防接種と子どもの健康)を読みましたか	は い	いいえ	
3　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ことがありますか	は い	いいえ	

※

ロタウイルスワクチン（当院は原則ロタリックス接種）

①過去に他院でロタテックを接種していなければロタリックスに〇印をつけてください
②接種日の記入漏れ　③（続柄）の記載漏れ　④「生後　週　日」が記入漏れ

健康センター控

ロタウイルスワクチン予防接種予診票（ロタリックス・ロタテック）

接種するワクチンに〇をつけてください

今回接種する回数に☑をつけ、今までの接種日を記入してください。

□ 1回目	27日以上 →	□ 2回目	27日以上 →	□ 3回目
年　月　日		年　月　日		年　月　日
【期限：出生14週6日後まで】		【ロタリックスの場合の期限：出生24週0日後まで】		【ロタテックの場合の期限：出生32週0日後まで】

※3回目はロタテックのみ

原則同一ワクチンを接種してください。
【接種回数】
ロタリックスは2回
ロタテックは3回

母子健康手帳で接種歴を確認の上、接種時の月齢・回数・間隔に間違いないか、保護者・医療機関で確認してください。

住民登録をしている住所	宝塚市		生年月日	年　月　日生
TEL				出生（　週　日後）
ふりがな		男・女		※「〇週●日後」は出生日の翌日を出生0週1日後と考えます
受ける人の氏名			診察前の体温	医師記入欄
保護者の氏名	（続柄）		度　分	