

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くと助かります。

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。

| ① | 1回目 | あんずこどもクリニック | |
|--|--|---------------------------|-------------------|
| | 2回目 | 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 | 何月何日生 (満 歳 か月) |
| TEL | | | |
| ふりがな | | 男 | 診察前の体温 |
| 受ける人の氏名 | | 女 | 医師記入欄 |
| 保護者の氏名 | | | 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 | 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疹、風しん、水痘、おたふくかせ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. | <input type="checkbox"/> 3歳未満 0.25ml | 医師名 | 近藤 杏子 |
| | <input type="checkbox"/> 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か月という意味ではなく、カレンダー上で4週間あいているかという意味です。
同じ曜日で4週間前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を記載します。

| 1 | | | | | | | 2 | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | | | |

前回のワクチン接種が1月9日として
例1) 2月5日に接種する場合
「はい」に○をつけて前回分のワクチン名称を記載。4週間あいていないので、前回ワクチンが不活化ワクチンの場合のみ接種可能。

例2) 2月6日に接種する場合
「はい」に○をつけて前回分のワクチン名称を記載。

例3) 2月7日に接種する場合
「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。

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○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○印をつける方がおられます。必ず接種開始月年齢に○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 (満 歳 か月) | |
| 受ける人の氏名 | | | | | | |
| 保護者の氏名 | | | | | | |
| 接種開始月年齢に○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○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○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 (満 歳 か月) | |
| 受ける人の氏名 | | | | | | |
| 保護者の氏名 | | | | | | |
| 今回受ける予防接種は (必ず○印をしてください) | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 診察前の体温 度 分 | 医師記入欄 | |
| 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○印をつけてください。
②2回目接種の際に、1回目の接種日の記入漏れ。 ③「生後 週 日」が記入漏れ。

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)

健康センター控

接種するワクチンに○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。

※3回目はロタテックのみ

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1回目 年 月 日 | 27日 以上 | <input type="checkbox"/> 2回目 年 月 日 | 27日 以上 | <input type="checkbox"/> 3回目 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】 |

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・間隔に間違いがないか、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 | 年 月 日生 |
| T E L | | 月日 | 出生 (週 日後) |
| ふりがな | | 男 | ※「○週●日後」は出生日の翌日 出生0週1日後と考えます |