

# ジフテリア・百日咳・破傷風・不活化ポリオ（DPT-IPV）

## 予防接種申込書及び予診票

〔 I 期初回 1・2・3 回目 I 期追加〕

（記入日： 年 月 日）

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所に○をして  
詳細を記入し、裏面の自署欄に自筆で署名してください。

診察前の体温 度 分

ポリオ・DPT接種回数	母子健康手帳の予防接種記録欄等を確認しながら、あてはまる回数に○をつけてください	
	①口から飲むポリオ（生ポリオ）ワクチンをすでに受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回
	②注射でポリオ（単独の不活化ポリオ IPV）ワクチンをすでに受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回
③三種混合（DPT）ワクチンをすでに受けた回数	0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ※4回の方は四種混合（DPT-IPV）ワクチンの接種は不要です。ポリオが済んでない方は、単独の不活化ポリオワクチンを接種してください。	

本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。 はい・いいえ → 接種券は使用できません。

の住民登録住所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号 ☎ ( )
---------	---------------------------

受ける人	フリガナ	男・女	保護者の氏名
	氏名		
	令和 年 月 日生 (接種日時点： 歳 か月)		つれてきた人の氏名

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、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書（予防接種券綴り）または、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、理解しましたか。	はい  いいえ	
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 ( ) グラム 出産時、出生後、乳幼児健診等で異常があるといわれたことがありますか。	ない  ある	
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 ( )	ない  ある	
4. 母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。 (1) 接種を予定されている日を含む28日以内にBCG、麻しん(はしか)、風しん、麻しん風しん混合(MR)、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、ロタウイルスのいずれかの予防接種を受けましたか。 →「はい」の方はワクチン名( ) 接種日 年 月 日 (2) 接種を予定されている日を含む7日以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 →「はい」の方はワクチン名( ) 接種日 年 月 日	いいえ  はい いいえ  はい 接種券は使用できません。	
5. 今まで受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか。 (その種類: )	いいえ  はい	
6. (1) 今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 また、1か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。 麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、 その他病名 ( ) (かかったのは 年 月 日) (2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。	いいえ  はい いいえ  はい いいえ  はい ない  ある	

7. (1) 今までに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。 (薬品名・食品名 )	な い	あ る	
(2) ぜんそくや鼻アレルギーが起こったり、発疹やじんましんの できやすいほうだと思いますか。	い い え	は い	
8. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (1) そのとき熱が出ましたか。( 度 分くらい)	な い	あ る	
(2) 年ごろまでに 回くらいおこした。	い い え	は い	
9. 今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発 育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったこ とがありますか。あれば病名 ( )	な い	あ る	
(かかったのは 年 月 日) 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	
10. 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。	い ない	い る	
11. 1か月以内に家族や周囲の人に麻疹、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 ( )	い ない	い る	
12. 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。	い ない	い る	
13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。(注)	い い え	は い	
14. 今日の予防接種について質問がありますか。	な い	あ る	

**【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

**【保護者記入欄】**

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、本予診票が神戸市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	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
DPT-IPV I期初回 ( ) 回目・I期追加 沈降精製百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ 混合ワクチン	(皮下接種) 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> その他 (部位 )	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
製造所名 Lot. No. 有効期限 年 月 日			

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月  
以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。