# 三種混合ワクチン（DPT）予防接種　予診票

任意接種用

（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

| 接種回数 | 初回免疫（ 1 ・ 2 ・ 3回目 ）・追加免疫（　　回目） | 診察前の体温 | 度　　分 |
|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住　　所 | TEL（　　）　　－ | | | |
| フリガナ | | 男・女 | 生年月日 | 年　月　日生<br>（　歳　カ月） |
| 予防接種を受ける人の氏名 | | | | |
| （保護者の氏名） | | | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 1. 今日受けられる予防接種について、説明文を読んで理解しましたか | いいえ | はい | |
| 2. 今までに四種混合（DPT-IPV）ワクチン（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）の予防接種を受けたことがありますか | ある（　歳ごろ　回接種） | ない | |
| 3. 今までに三種混合（DPT）ワクチン（沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン）の予防接種を受けたことがありますか | ある（　歳ごろ　回接種） | ない | |
| 4. 今までに二種混合（DT）トキソイド（沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド）、破傷風トキソイドいずれかの予防接種を受けたことがありますか | ある（　トキソイド） | ない | |
| 5. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状（　） | ある | ない | |
| 6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか<br>病名（　） | はい | いいえ | |
| 7. 最近１カ月以内に何か病気にかかりましたか<br>病名（　） | はい | いいえ | |
| 8. 最近１カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか<br>病名（　） | はい | いいえ | |
| 9. 最近１カ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種名（　）　接種日（　/　） | はい | いいえ | |
| 10. 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<br>予防接種名（　）　具体的な症状（　） | ある | ない | |
| 11. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか<br>病名（　） | ある | ない | |
| （“ある”の場合）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良いといわれましたか | はい | いいえ | |
| 12. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか<br>（　）歳頃 | ある | ない | |
| （“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱はでましたか | はい（　℃） | いいえ | |
| 13. 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　症状（　） | ある | ない | |
| 14. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか | いる | いない | |
| 15. 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 | いる | いない | |
| 16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか | はい | いいえ | |
| 17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など） | | | |

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。　医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 ） | 本人の署名（もしくは保護者の署名） |
|---|---|

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---|---|---|
| トリビック<br>Lot No. | （皮下接種）<br>0.5mL | 実施場所<br>医師名<br>接種日時　年　月　日　時　分 |

注）記載いただ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。

53TR307B-　2019年5月作成
（審）19Ⅳ127