

# ポリオ予防接種予診票

1回目	2回目	☆体温は医療機関で計ります。	
		度	分 (平熱 度 分)

現住所	八王子市		電話	-	
フリガナ			男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日生  (満 歳 か月)
受ける人の氏名					
保護者の氏名					

質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師記入欄
1. ポリオ予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2. 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 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3. 今日またはここ2~3日で体の具合の悪いところがありますか 症状( )	ある	ない	
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 接種名( ) 接種日 /	はい	いいえ	
7. 生まれてから今までに特別な病気(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( ) 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 はい	いいえ いいえ	
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃 そのときに熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
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	いる	いない	
11. 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 予防接種名( )	ある	ない	
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	いる	いない	
※ 13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	ある	ない	

医師の記入欄 ※○で囲む

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) 医師署名又は記名押印 ( )

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、説明した。

保護者の記入欄 ※○で囲む

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 (希望します・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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者サイン ( )

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名 ポリオ日本ポリオ研	0.05ml		
Lot No.	(経口投与)		
(注)有効期限がきれていないか確認	接種年月日	平成 年 月 日	

※(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

# 二種混合予防接種予診票

☆体温は医療機関で計ります。

第 1 期			第 2 期	度 分 (平熱 度 分)			
1回目	2回目	追加接種					
現 住 所				八王子市		電話	-
フリガナ							
受ける人の氏名				男	生年月日	平成 年 月 日生	
保護者の氏名				女		(満 歳 か月)	

質問事項 (あてはまる項目を○でかこんでください)	回 答 欄		医師記入欄
1. 二種混合予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2. 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 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3. 今日またはここ2~3日で体の具合の悪いところがありますか 症状 ( )	ある	ない	
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 接種名 ( ) 接種日 /	はい	いいえ	
7. 生まれてから今までに特別な病気 (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	
8. 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	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
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	いる	いない	
11. 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 予防接種名 ( )	ある	ない	
12. 近親者に予防接種を受けて具合の悪くなった人はいますか	いる	いない	
※ 13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	ある	ない	

医師の記入欄 <span style="float: right;">※○で囲む</span> 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、説明した。	医師署名又は記名押印 ( )
---	-------------------

保護者の記入欄 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、接種を希望しますか ※ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	※○で囲む ( 希望します ・ 希望しません ) 保護者サイン ( )
---	---

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 破傷風混合トキソイド Lot No.	※○で囲む。  ( 0.1ml ・ 0.5ml )	
(注) 有効期限がきれていないか確認	接種年月日	平成 年 月 日

※ (注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

保存版



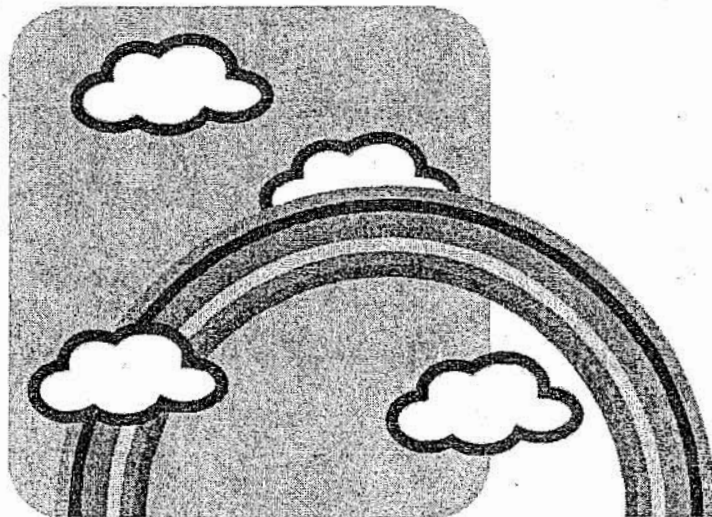
こどものための

# 予防接種のしおり

平成 22 年 4 月 発行

私たちの身の周りには、細菌やウイルスによって引き起こされる様々な感染症があります。こうした感染症にかからないようにするために、予防接種によって感染症に対する抵抗力(免疫)をつけておくことは、とても大切なことです。

予防接種を受ける前には、この「予防接種のしおり」を必ずお読みいただき、内容をよくご理解いただいたうえで、接種を受けてください。



### ◆ 予防接種に行く前のチェック ◆

- 1 お子さんの体調は良いですか？
- 2 今日受ける予防接種について、必要性、効果及び副反応などについて、理解していますか？  
分からないことがあれば、質問をメモしておきましょう。
- 3 母子健康手帳は持ちましたか？
- 4 予診票の記入は済みましたか？

さあ、出かけましょう！



横浜市健康福祉局

## 1 予防接種とは

私たちの身の周りには、細菌やウイルスによって引き起こされる様々な**感染症**があります。こうした感染症の原因となるウイルスや細菌又は菌がつくり出す毒素の力を弱めてワクチンをつくり、これを体に接種して、その感染症に対する抵抗力(免疫)をつけることを「**予防接種**」といいます。

予防接種には、一人ひとりを感染症から守るだけでなく、その積み重ねによって社会全体としての抵抗力(免疫)を維持し、感染症そのものの流行を抑える目的もあります。「病気が流行していないので、予防接種はもう必要ないのではないか」という声も聞かれますが、一人ひとりが抵抗力(免疫)をつけているからこそ、流行が抑えられているのです。

### ◆ 感染症 ◆

ウイルスや細菌などの微生物が体内に入り、体内で増加することにより発症する病気のことです。微生物の種類によって、発熱や咳、頭痛をはじめとする様々な症状が出現します。

## 2 予防接種の上手な受け方

「**予防接種**」と聞くと、**副反応**が心配な方もいらっしゃると思います。しかし、**予防接種**の対象となっている感染症は、万が一かかると重たい症状が現れたり、治った後も障害が残ることが心配されているものばかりです。

現在、日本で使用しているワクチンは世界の中でも副反応が少ないものです。しかし、人間の体質は一人ひとり違いますから、程度は色々ですが、副反応が出る場合もあります。

**大切なことは、お子さんの体調の良いときを選んで接種を受けることです。**接種にあたって、少しでも心配なことがあるときや接種を受けるかどうかの判断に迷ったときは、かかりつけ医とよく相談し、十分に納得したうえで**予防接種**を受けるようにしましょう。

### ◆ 副反応 ◆

予防接種を受けると、免疫ができるという効果以外に、アレルギー反応などの症状が現れる場合があります。それらを総称して「**副反応**」といいます。

予防接種を受けたあと、心配な症状が出た場合には、早めに接種した医師か、かかりつけ医にご相談ください。予防接種ごとの副反応については、8ページ以降をご覧ください。

## 3 横浜市の予防接種

横浜市が実施している**予防接種**は、「**予防接種法**」によって定められた定期の**予防接種**です。医療機関で接種する「**個別接種**」と、福祉保健センターで接種する「**集団接種**」があり、**下記の接種対象年齢に相当する方は無料で接種できます。**接種を受ける際には、「**母子健康手帳**」と福祉保健センターで配布する「**予防接種予診票**」又は直接郵送する「**予診票(接種券)**」をお持ちください。

なお、**このページに掲載されていない予防接種や、接種対象年齢に相当しない場合は、希望者が受ける「任意接種」で、費用は自己負担**となります。詳しくは医療機関にお問い合わせください。