



# 06 ヒブ(Hib)ワクチン接種予診票

整理番号

(住所) 760-0074  
高松市桜町一丁目10番27号

(氏名) 桜町 一郎 様 (世帯主)  
桜町 一 様

- 注 1 対象年齢 生後2か月から5歳未満  
高松市に住民登録がある方(転出した方はこの予診票は使用できません。)
- 意 2 持参するもの 予診票、母子健康手帳を必ずご持参ください。  
3 太線 ー のワク内だけ保護者の方が記入してください。

接種回数	1回目	2回目	3回目	4追加	
1回目接種年齢	歳		か月		
受ける人の生年月日(月齢)	平成 令和	年	月	日	男 女
保護者の氏名	桜町 一郎				
連絡先(電話番号)	-				

質問事項	回答欄	医師記入欄
診察前の体温 医療機関に備え付けの体温計で測って記入してください	度 分	
ヒブワクチンについての説明文を読みましたか あなたのお子さんの発育歴についておたずねします	はい いいえ	
出生体重 ( g ) 分娩時に異常(仮死など)がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか  はいの場合→症状( )	はい いいえ	
最近1か月以内に病気やケガがありましたか はいの場合→病名( ) ( )月( )日頃	はい いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか (すでに罹患した人、あるいはその予防接種を受けた人は除く) はいの場合→病名( )	はい いいえ	
※2回目以降の接種の方にお伺いします 1回目・2回目・3回目はいつ受けましたか 1回目 平成 令和 年 月 日 2回目 平成 令和 年 月 日 3回目 平成 令和 年 月 日		
1回目・2回目・3回目の接種で、はれたり、赤くなったりしましたか はれた方は何回目、どの程度でしたか  はいの場合→( )回目 ( )cmくらい	はい いいえ	
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・血液・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師の診療を受けていますか  はいの場合→病名( )	はい いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種の許可を受けていますか	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか  はいの場合→( )歳 ( )か月頃	はい いいえ	
そのとき、熱はでましたか  はいの場合→( )度くらい	はい いいえ	
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	
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 はいの場合→予防接種名( ) 症状( )	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか		
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		
今日の予防接種について質問がありますか		

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  1 可能  2 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、説明をした。 医師のサイン

こちらは一例です。  
保護者署名につきましては、  
被接種者の親権者の署名を  
お願いします。

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、接種をすることに  
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。

→  1 同意します  2 同意しません  
保護者(連れて来た人)のサイン 保護者 桜町 一郎  
代理人 桜町 桜子(祖母)

使用ワクチン名(使用期限注意)

ワクチン名 (lot No.)

接種量 (皮下接種) 0.5ml

接種または見合わせ年月日 令和 年 月 日

医療機関コード

【実施場所】

接種医療機関・医師名

※用したワクチンのロットナンバーをお知らせください。

ボールペンで強く押しつけて記入してください。 医療機関 ↓ 高松市保健所 保健予防課へ ① 感染症対策課へ ①