

予防接種予診票記入例

高松市 30 三種混合 31 おたふくかぜ 任意予防接種予診票 整理番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

(住所) 〒760
高松市
(氏名) 高松 太郎 様

接種期間が過ぎていませんか？
H31年4月2日生～R2年4月1日生
接種期限 令和8年3月31日まで
【チェックポイント④】

1 助成対象者 平成31年4月2日から令和2年4月1日の間に生まれた方
高松市に出生登録がある方(転出した方はこの予診票は
使用できません。)

接種期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

3 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。

4 太線 〓 のワケ内だけ保護者の方が記入してください。

接種種類 (いずれかに) 1.三種混合 2.おたふくかぜ

受ける人の 平成 3 1 年 0 4 月 1 5 日 〓
生年月日 令和 (満 5 歳 11 か月) 女

保護者の氏名 高松 一郎

連絡先(電話番号) 087 - 839 - 2870

どちらかに〇がついていますか？
費用助成が受けられるのは、どちらか一方になります。
【チェックポイント②】

接種費用と助成額(1,500円)の差額を医療機関にお支払いください。

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	36 度 8 分	
今日受けられる予防接種ワクチンについてのお知らせを読みましたか	はい	
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) 分娩時に異常(仮死など)がありましたか	はい	
出生後()月()日頃 出生後に異常がありましたか	はい	
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	
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	
最近1か月以内に病気やケガがありましたか	はい	
はいの場合→病名() ()月()日頃	はい	
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人がいましたか (すでにり患した人、あるいはその予防接種を受けた人は除く)	はい	
はいの場合→病名()	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	
はいの場合→予防接種名() ()月()日	はい	
※三種混合ワクチンを希望される方のみ		
今までに四種混合(DPT-IPV)ワクチンあるいは三種混合(DPT)ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい	
はいの場合→()回 種類(四種混合/三種混合) 最終接種日()年()月()日	はい	
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	はい	
はいの場合→病名()	はい	
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	
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	
そのとき、熱がでましたか はいの場合→()度くらい	はい	
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	
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	はい	
はいの場合→予防接種名() 症状()	はい	
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	はい	
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	
※おたふくかぜワクチンを希望される方のみ		
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか(注)	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	
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 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、説明をした。		
医師のサイン 保健 花子		

体温の記入はありますか？
37.4度以下ですか？
【チェックポイント⑤】

【おたふくかぜを接種する場合】
27日以内に他の注射生ワクチンを接種していませんか？
【チェックポイント⑧】

【三種混合を接種する場合】
定期接種で五種混合、四種混合又は三種混合の一期追加の接種は終わっていますか？
一期追加接種後、6か月以上経過していますか？
【チェックポイント⑦】

「可能」若しくは「見合わせる」に〇がついていますか？
「医師のサイン」に、自筆のサイン若しくは印鑑の押印がありますか？(ゴム印のみは不可です)
【チェックポイント⑨】

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発生の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、今回の接種を希望します。また、この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としており、市町村に提出されます。上記の内容にご同意いただける方は、右の該当する欄にご署名ください。

保護者のサイン 高松 一郎
また、保護者が同伴できない場合、次の者を代理人とし、一切の権限を委任し、代理人のサイン 高松 桜子 続柄 祖母
※代理人が同伴する場合も保護者のサインは必要です。

保護者(親権者又は後見人)のサインは記入されていますか？
代理人が同伴する場合も、代理人のサイン、続柄と合わせて、保護者のサインが必ず必要となります。
【チェックポイント⑩】

使用ワクチン名(使用期限注意)

ワクチン名 (lot No.) G999

ワクチンのロットシールを添付してください。
【チェックポイント⑬】

接種年月日 令和 07 年 04 月 10 日

【実施場所】 保健所病院
接種医療機関・医師名 保健 花子

医療機関コード 3719999999

記入漏れはないですか？
【チェックポイント⑭】