

# 別紙1 予診票の記入について

任意予防接種

**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

---

(住所) 〒760-0074  
高松市桜町丁目下

(氏名) 高松 太郎

注 1 助成対象者 令和2年4月2日から令和3年4月1日の間に生まれた方  
※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。)  
2 接種期 令和9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 本票のワク内だけ保護者の方が記入してください。

接種種類 1.三種混合 2.おたふくかぜ

接種者の氏名 **高松 太郎**

生年月日 令和 02年 04月 15日 (満 5歳 11か月)

保護者の氏名 **高松 一郎**

連絡先(電話番号) 087 - 839 - 2870

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
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	いいえ
あなたのお子さんの育児歴についておたずねします		
出生体重( )g 分娩時・出生後に異常(仮死など)がありましたか	はい	いいえ
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
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	いいえ
はいの場合→病名( ) ( )月( )日頃		
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん・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	いいえ
はいの場合→病名( )		
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ
はいの場合→予防接種名( ) ( )月( )日		
※三種混合ワクチンを希望される方のみ 今までに五種混合(DPT-IPV-Hib)、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	いいえ
はいの場合→( )回 種類(五種 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">四種</span> 三種) 最終接種日( )年( )月( )日		
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	いいえ
はいの場合→病名( )		
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)を起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、熱が出ましたか 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がありますか	はい	いいえ
はいの場合→予防接種名( ) 症状( )		
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	いいえ
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	いいえ
※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	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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、説明をしました。

医師のサイン 保健 花子

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、一切の欄を委任します。

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は保護者のサインは必要です。

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの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か月以内に受けた人は、麻しんなど予防接種の効果に十分期待することができません。

使用ワクチン名(使用期限注意)

ワクチン名(ロットNo.) **G999**

接種(皮下接種) 0.5ml

接種年月日 令和 08年 04月 10日

医療機関コード 3719999999

【実施場所】 保健所病院

接種医療機関・医師名 保健 花子

高松市に住民登録されていますか?

令和8年度の対象者ですか?  
R2年4月2日生～R3年4月1日生  
接種期限 令和9年3月31日まで

どちらかに○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。

体温の記入はありますか?  
37.4度以下ですか?

【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?

【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完了後、6か月以上経過していますか?

「可能」若しくは「見合わせる」に○がついていますか?  
「医師のサイン」に、自筆のサインまたは朱の押印がありますか?(名前のゴム印のみ不可)

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。

ワクチンのロットシールを添付していますか?

記入漏れはないですか?