

住 民 登 録 を している住所		宝塚市		生 年	年 月 日 生	
TEL (緊急連絡先)		(受ける人が18歳未満の場合は、保護者の緊急連絡先)		月 日	(満 歳 か月)	
ふりがな				男・女		
受ける人の氏名				診 察 前 の 体 温		医師記入欄
保護者の氏名		(受ける人が18歳未満の場合のみご記入ください。) (続柄)		度 分		
質 問 事 項					回 答 欄	
1 現在宝塚市に住民票がありますか					は い	いいえ
2 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読み、理解しましたか					は い	いいえ
3 7歳未満の方のみご記入ください 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 かつ た な かつ た な い
4 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()					は い	いいえ
5 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
6 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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
7 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()					は い	いいえ
8 生まれてから今までに先天性異常、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					いいえ	は い
9 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					いいえ	は い
10 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
11 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					は い	いいえ
12 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 予防接種の種類 ()					あ る	な い
13 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
14 今日の予防接種について質問がありますか					は い	いいえ
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 (可能 ・ 見合わせる) 保護者(本人)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。						
医師署名又は記名押印 ()						

※記入に際しては、黒のボールペンをご使用ください。

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（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

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。 被接種者又は保護者自署〔 〕
このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 （※被接種者が16歳未満の場合は、保護者自署）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) ☐ 3歳未満 0.25mL ☐ 3歳以上 0.5mL	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

※健康被害が生じた場合は、宝塚市立健康センター（０７９７－８６－００５６）までご連絡ください。