

予診票の取扱いについて

記入の際の注意事項

- ・ボールペンで、はっきりと、枠からはみ出さないよう記入してください。
- ・訂正の際は、二重線で取り消して、正しく記入してください。
- ・用紙は機械で読み取りますので、汚さないでください。

① 「``（濁点）」「°（半濁点）」は同じ枠に記入してください。

② できるだけ枠からはみ出ないようにしてください。

- ・苗字と名前の間は、1マスあけて記入してください。

よい例)

ヤ	マ	ダ		ハ	ナ	コ		
---	---	---	--	---	---	---	--	--

よい例)



悪い例)

ヤ	マ	タ	・		ハ	ナ	コ	
---	---	---	---	--	---	---	---	--

悪い例)



③ 予防接種・乳幼児健康診査番号は、記入不要です。（記入不要欄）

④ 生年月日、接種年月日の記入の際は、右詰めで記入してください。

よい例)

生年月日	2	0	2	3	年	1	2	月	3	日生
生年月日	2	0	2	3	年	1	2	月	0	3日生

悪い例)

生年月日	2	0	2	3	年	1	2	月	3	日生
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

⑤ 接種年月日、医療機関コードは、医療機関の方が必ず記入してください。

できるだけ手書きで記入してください。

（ゴム印を使用すると、枠からずれたり、太線になりすぎて機械での読み込みができない場合があるため）

よい例)

医療機関コード

4	4	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

悪い例)

医療機関コード

4	4	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関コード

4	4	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

(例)

	●●●●予防接種予診票 ●●●●予防接種予診票 記入いただいた情報は市民健康管理システムに利用します。																																																										
<p>①、②</p> <p>例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 よい例 ワカタハナコ 悪い例 ワカタハナコ</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 5px;">1回目</td> <td style="padding: 5px;">2回目</td> <td style="padding: 5px;">不可</td> </tr> </table>			1回目	2回目	不可																																																						
1回目	2回目	不可																																																									
<p>②</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 5px;">大分市</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">診察前の体温 度 分</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">電話</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">予防接種・乳幼児健診検査番号</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">記入不要</td> </tr> </table>			大分市	診察前の体温 度 分	電話	予防接種・乳幼児健診検査番号	記入不要																																																				
大分市																																																											
診察前の体温 度 分																																																											
電話																																																											
予防接種・乳幼児健診検査番号																																																											
記入不要																																																											
<p>③</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td style="padding: 5px;">生年月日 (西暦) 20 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">性別 男 女 (満歳カ月)</td> </tr> </table>			生年月日 (西暦) 20 年 月 日	性別 男 女 (満歳カ月)																																																							
生年月日 (西暦) 20 年 月 日																																																											
性別 男 女 (満歳カ月)																																																											
<p>④</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">質問事項</th> <th style="text-align: center;">回答欄</th> <th style="text-align: right;">医師記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>今日受けた予防接種について大分市から配られている説明書を読みましたか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>あなたの赤ちゃ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</td> <td style="text-align: center;">あつた <input type="checkbox"/> なかつた <input checked="" type="checkbox"/> あつた <input type="checkbox"/> なかつた <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なない <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>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 ()</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1カ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 ()</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生まれてから今までに家族など身の回りに結核にかかった方がいましたか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>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 ()</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>そのとき熱が出了ましたか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>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りすることがありますか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>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</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったりことがありますか 予防接種の種類 ()</td> <td style="text-align: center;">ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったり人はいますか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6カ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</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>今日の予防接種について質問がありますか</td> <td style="text-align: center;">はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			質問事項	回答欄	医師記入欄	今日受けた予防接種について大分市から配られている説明書を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		あなたの赤ちゃ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	あつた <input type="checkbox"/> なかつた <input checked="" type="checkbox"/> あつた <input type="checkbox"/> なかつた <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なない <input checked="" type="checkbox"/>		乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		1カ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		生まれてから今までに家族など身の回りに結核にかかった方がいましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		そのとき熱が出了ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		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りすることがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったりことがありますか 予防接種の種類 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>		近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったり人はいますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		6カ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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	
質問事項	回答欄	医師記入欄																																																									
今日受けた予防接種について大分市から配られている説明書を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
あなたの赤ちゃ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	あつた <input type="checkbox"/> なかつた <input checked="" type="checkbox"/> あつた <input type="checkbox"/> なかつた <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なない <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
1カ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
生まれてから今までに家族など身の回りに結核にかかった方がいましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
そのとき熱が出了ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
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りすることがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったりことがありますか 予防接種の種類 ()	ある <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったり人はいますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
6カ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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>																																																										
<p>⑤</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">医師記入欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2">以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (<input type="checkbox"/> 実施できる <input checked="" type="checkbox"/> 見合わせた方がよい) と判断します。</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>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 (同意します · 同意しません) ※かつこの中のどちらかを〇で印してください。 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、本予診票が市に提出されることに同意します。</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">保護者自署</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">使用ワクチン名</th> <th style="text-align: center;">接種量</th> <th style="text-align: right;">医療機関名(実施場所)・医師名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワクチン名</td> <td style="text-align: center;">(経口投与) mL</td> <td style="text-align: right;">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>Lot No. (注)有効期限が記載されているか確認</td> <td></td> <td style="text-align: right;">医師名</td> </tr> <tr> <td>接種年月日 又は不可時の診察日</td> <td style="text-align: center;">20 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: right;">医師名</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、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ます。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>			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 (<input type="checkbox"/> 実施できる <input checked="" type="checkbox"/> 見合わせた方がよい) 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。		医師署名又は記名押印		<small>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 (同意します · 同意しません) ※かつこの中のどちらかを〇で印してください。 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、本予診票が市に提出されることに同意します。</small>		保護者自署		<table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">使用ワクチン名</th> <th style="text-align: center;">接種量</th> <th style="text-align: right;">医療機関名(実施場所)・医師名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワクチン名</td> <td style="text-align: center;">(経口投与) mL</td> <td style="text-align: right;">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>Lot No. (注)有効期限が記載されているか確認</td> <td></td> <td style="text-align: right;">医師名</td> </tr> <tr> <td>接種年月日 又は不可時の診察日</td> <td style="text-align: center;">20 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: right;">医師名</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、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ます。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。</td> </tr> </tbody> </table>			使用ワクチン名	接種量	医療機関名(実施場所)・医師名	ワクチン名	(経口投与) mL	医療機関名	Lot No. (注)有効期限が記載されているか確認		医師名	接種年月日 又は不可時の診察日	20 年 月 日		医療機関コード	44	医師名	(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、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ます。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。																										
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 (<input type="checkbox"/> 実施できる <input checked="" type="checkbox"/> 見合わせた方がよい) 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。																																																											
医師署名又は記名押印																																																											
<small>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 (同意します · 同意しません) ※かつこの中のどちらかを〇で印してください。 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、本予診票が市に提出されることに同意します。</small>																																																											
保護者自署																																																											
<table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">使用ワクチン名</th> <th style="text-align: center;">接種量</th> <th style="text-align: right;">医療機関名(実施場所)・医師名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワクチン名</td> <td style="text-align: center;">(経口投与) mL</td> <td style="text-align: right;">医療機関名</td> </tr> <tr> <td>Lot No. (注)有効期限が記載されているか確認</td> <td></td> <td style="text-align: right;">医師名</td> </tr> <tr> <td>接種年月日 又は不可時の診察日</td> <td style="text-align: center;">20 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: right;">医師名</td> </tr> <tr> <td colspan="3">(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、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ます。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。</td> </tr> </tbody> </table>			使用ワクチン名	接種量	医療機関名(実施場所)・医師名	ワクチン名	(経口投与) mL	医療機関名	Lot No. (注)有効期限が記載されているか確認		医師名	接種年月日 又は不可時の診察日	20 年 月 日		医療機関コード	44	医師名	(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、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ます。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。																																									
使用ワクチン名	接種量	医療機関名(実施場所)・医師名																																																									
ワクチン名	(経口投与) mL	医療機関名																																																									
Lot No. (注)有効期限が記載されているか確認		医師名																																																									
接種年月日 又は不可時の診察日	20 年 月 日																																																										
医療機関コード	44	医師名																																																									
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一品で、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ます。この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。																																																											