

Hib（ヒブ） 予防接種申込書及び予診票

【初回（ ）回目・追加】

(記入日：平成 年 月 日)

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所に○をして
詳細を記入し、裏面の自署欄に自筆で署名してください。

診察前の体温 度 分

住所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号				
	〒 (— —)				
受ける人	氏名	フリガナ	男・女	保護者の氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生	(満 歳 か月)	つれてきた人の氏名	

【Hib 接種確認表】

母子健康手帳等で接種歴を確認のうえ、接種時の月齢・接種回数・接種間隔（接種間隔の起算日は接種日の翌日）に間違いはないかを保護者及び医療機関がそれぞれ確認して、右下チェック欄□にチェック☑してください。（※ Hib は初回接種月齢によって、接種回数が変わります）

初回 27日（医師が必要と認めた場合は20日）以上の間隔をおく			生後60か月（5歳）に至るまで 追加 <small>(初回最後の接種からの接種間隔)</small>		接種回数
1回目	2回目	3回目			
生後2か月から7か月に至るまで	○	生後12か月に至るまで <small>(1歳のお誕生日の前日まで)</small>	○	○ (7か月以上)	4
		生後12か月に至った日の翌日から <small>(1歳のお誕生日の前日まで)</small>	×	○ (27日以上)	3
	生後12か月に至った日の翌日から <small>(1歳のお誕生日の前日まで)</small>	×	×	○ (27日以上)	2
生後7か月に至った日の翌日から12か月に至るまで	○	生後12か月に至るまで <small>(1歳のお誕生日の前日まで)</small>	○	○ (7か月以上)	3
		生後12か月に至った日の翌日から <small>(1歳のお誕生日の前日まで)</small>	×	○ (27日以上)	2
生後12か月に至った日の翌日から5歳に至るまで			○ 1回接種で終了		1

○：接種可
×：接種不可

チェック欄

接種可否を確認しましたか？

[保護者]

[医療機関]

※「●歳に至るまで」とは、お誕生日の前日を指します。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書（予防接種券綴り）または、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 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（ ）グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか。	ない	ある	
3. 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。（ ）	ない	ある	
4. 母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。 (1) 4週間（27日）以内にBCG、麻しん風しん混合（MR）、麻しん（はしか）、風しん、水痘（水ぼうそう）、ロタウイルス、おたふくかぜのいずれかの予防接種を受けましたか。 (2) 1週間（6日）以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 (3) 今まで受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか。 (その種類：)	はい いいえ ない	はい いいえ ある	

5. (1) 今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 また、1か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。 麻疹（はしか）、風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜ、 ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、 その他病名（ （かかったのは 年 月 日）	い い え い い え	は い は い	
(2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。	い い え な い	は い あ る	
6. (1) 今までに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。 (薬品名・食品名 (2) ぜんそくや鼻アレルギーがおこったり、発疹やじんましんの できやすいほうだと思いますか。	な い 思わない	あ る 思 う	
7. 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 (1) そのとき熱が出ましたか。（ 度 分くらい） (2) 平成 年頃までに 回くらいおこした。	な い い い え	あ る は い	
8. 今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。あれば病名（ (かかったのは 年 月 日） 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。	な い は い	あ る い い え	
9. 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。	い ない	い る	
10. 1か月以内に家族や周囲の人に麻疹、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（	い ない	い る	
11. 近親者に予防接種を受けて具合の悪くなった人はいますか。	い ない	い る	
12. 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)	い い え	う けた	
13. 今日予防接種について質問がありますか。	な い	あ る	

【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（**実施できる・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、ウシ成分の使用について、説明をしました。

医師署名又は記名押印 _____

【保護者記入欄】

医師の診察・説明（ウシ成分の使用に関する説明も含む）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、接種することに（**同意します・同意しません**）
※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
Hib 初回（ ）回目 ・ 追加	（皮下接種） 0.5 ml	<input type="checkbox"/> 左上腕	実施場所 医師名
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン（破傷風トキソイド結合体） 製造所名 Lot. No. 有効期限 年 月 日		<input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> その他 (部位)	
			接種年月日 平成 年 月 日

(注) ※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。