

ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ  
(四種混合DPT-IPV) 予防接種予診票

回数	
有効期限	

※豊島区外へ転出した場合、この予診票は使用できません。  
 ※区内転居や氏名等に変更がある場合は、修正してご使用ください。  
 ※接種当日は母子健康手帳をお持ちください。

今までの接種歴  
を記入する欄が  
できました。

受ける人の氏名 (フリガナ)	生年月日 (満 歳 か月)	男・女	保護者氏名 TEL ( )	
今回の接種及びこれまでの接種歴 ※今回の接種に「○」をつけてください	第1期初回1回目 平成 年 月 日	第1期初回2回目 平成 年 月 日	第1期初回3回目 平成 年 月 日	第1期追加

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	回答欄	度 分	
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか	はい	はい	
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( 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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	はい	
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( )	はい	はい	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	はい	
5 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方がいましたか 病名( )	はい	はい	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種日 / ( )	はい	はい	
7 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( ) 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	はい	
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか	はい	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 その時に熱がでましたか	はい	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	はい	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか	はい	はい	
12 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 予防接種名( )	はい	はい	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか	はい	はい	
14 今日の予防接種について質問がありますか	はい	はい	

体温の位置が  
変わりました。

【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 ・ 見合わせたほうがよい )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

【保護者記入欄】  
 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、本予診票が区に提出されることに同意します。  
 保護者自署又は  
 同伴者署名

使用ワグチン <input type="checkbox"/> クアトロバック <input type="checkbox"/> テトラビック <input type="checkbox"/> スクエアキッズ Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	実施場所
接種量 0.5ml	接種医師名
接種部位(皮下) 左 上腕 右 その他( )	接種(予診)年月日 年 月 日

接種部位を今までより  
詳細に記入できるようになりました。

「同意します・同意しません」を  
選択するようになりました。