

二種混合（ジフテリア・破傷風）健康調査票

札幌市保健所

★ お子さんの健康状態をよく観察のうえ、次の項目にあてはまるところを記入、もしくは○で囲み接種を受ける時に医療機関に提出してください。なお、今までに四種混合、三種混合、及び二種混合を1度も受けたことのない方は、接種前に主治医にご相談ください。

診察前の体温 度 分

住 所	札幌市 区	電話番号（ ）－		
フリガナ		男・女	生 年	平成 年 月 日生
受ける人の氏名			月 日	(満 歳 か月)
保護者の氏名				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について札幌市から配られているお知らせを読みましたか	はい	いいえ	
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	
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	
1か月以内に家族や友達に麻しん、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	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
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 病気にかかり医師に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	はい	いいえ	
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	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発しん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	
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	
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 予防接種の名前（ ）	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方はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか ※	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	

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について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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 ）※かつ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ることを理解の上、本予診票が札幌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 (注)有効期限確認	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	(皮下接種)	実 施 場 所	
Lot No.	ml	医 師 名	
医師記入欄		接種年月日 令和 年 月 日	

※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ます。この注射を3、6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の結果が十分に出ないことがあります。