

<医療機関控> 不活化ポリオワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

住所 〒 -		診察前の体温		度	分
TEL () -					
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名 ()	男・女	生年月日	年	月	日生
保護者の氏名 (接種を受ける人が18才未満の場合に記載)			(歳	ヵ月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける人は、ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	時期()		
	回数()		
(接種を受ける人が小児の場合に回答下さい) 保護者の方に、お子様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	いいえ	
	はい	いいえ	
	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()	はい	いいえ	
最近、1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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ヵ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特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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	
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	
その時熱はでましたか。	はい	いいえ	
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はありますか。 薬・食品名()	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はありますか。 予防接種名()	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ヵ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	いいえ	
今日受ける予防接種についての説明文(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
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

以上の問診および診察の結果、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/被接種者に対して予防接種の効果・副反応、ウシ成分の使用および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師署名または記名押印〔 〕

保護者/被接種者記入欄

医師診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を受け、予防接種の効果や副反応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)。どちらかを○で囲んでください。

保護者/被接種者の署名〔 〕

使用ワクチン名 (外箱に添付されている製造番号シールを貼付いただいても結構です)	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：不活化ポリオワクチン(ソークワクチン) メーカー名：サノフィ 製造番号：	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	医療機関名： 医師名： 接種年月日： 年 月 日() 時

<保護者/被接種者控> **不活化ポリオワクチン接種申込書・予診票**

任意接種用

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

住所	〒 -		診察前の体温		度	分
			TEL () -			
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	()	男・女	生年月日	年	月	日生
保護者の氏名 <small>(接種を受ける人が10才未満の場合に記載)</small>				(歳	ヵ月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける人は、ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	時期()		
	回数()		
(接種を受ける人が小児の場合に回答下さい) 保護者の方に、お子様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	いいえ	
	はい	いいえ	
	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()	はい	いいえ	
最近、1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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ヵ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特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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	
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	
その時熱はでましたか。	はい	いいえ	
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はありますか。 薬・食品名()	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はありますか。 予防接種名()	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ヵ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	いいえ	
今日受ける予防接種についての説明文(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
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

以上の問診および診察の結果、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/被接種者に対して予防接種の効果・副反応、ウシ成分の使用および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師署名または記名押印〔 〕

保護者/被接種者記入欄

医師診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を受け、予防接種の効果や副反応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)。どちらかを○で囲んでください。

保護者/被接種者の署名〔 〕

使用ワクチン名 <small>(外箱に添付されている製造番号シールを貼付いただいても結構です)</small>	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
名称：不活化ポリオワクチン(ソークワクチン) メーカー名：サノフィ 製造番号：	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	医療機関名： 医師名： 接種年月日： 年 月 日() 時