

**— 予防接種予約票 小児科(中学生以下) 汎用(自費用) —**

____月 ____日 ____曜日 ____時 ____分～ ____時 ____分に来院してください この申込票と問診票にご記入のうえ、持参してください	竹内医院
---	------

**— 予防接種申込書 小児科(中学生以下) 汎用(自費用) —**

<b>予防接種の種類</b>		<b>( 期 回目)</b>	
うける人の氏名	男 女	生 年	20 年 月 日
保護者の氏名	続柄( )	月 日	( 満 歳 カ月)
住所	電話番号		

**— 予防接種問診票 小児科(中学生以下) 汎用(自費用) —**

質問事項	○をつけてください	医師記入
説明書を読んで理解しましたか？	はい	いいえ
出生体重( )kg 分娩時または出生後に異常がありましたか？ ( )	なかった	あった
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか？ ( )	ない	ある
現在、なにかの病気にかかっていますか？ (病名 )	いいえ	はい
はいの場合 今日予防接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか？ (症状 )	いいえ	はい
1か月以内に熱が出たり、なにか病気にかかったりしましたか？ (病名 )	いいえ	はい
1か月以内に家族や遊び仲間に次の病気の方がいましたか？ はいの場合、丸をつけてください ( 麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ その他 )	いいえ	はい
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？	いいえ	はい
1か月以内に予防接種を受けましたか？ (種類 日付 )	いいえ	はい
薬や食品で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？ ( )	いいえ	はい
アレルギーがありますか？ ( ニワトリの肉や卵 ゼラチン その他 )	いいえ	はい
予防接種で具合が悪くなったことがありますか？ (はいの場合、種類 )	いいえ	はい
心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症その他の病気(川崎病など)にかかったことがありますか？ (病名 )	いいえ	はい
今日予防接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	いいえ	はい
近親者に免疫不全と診断されている方がいますか？	いいえ	はい
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？	いいえ	はい
現在妊娠している可能性がありますか？	いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか？ ( )	いいえ	はい
<b>診察前の体温</b>	<b>度 分 ( 時 分)</b>	

医師の説明と予診の結果を了解して、今回の予防接種を ( **希望します** ・ **希望しません** )

**保護者署名(自署)** \_\_\_\_\_ **(続柄)** \_\_\_\_\_ )

医師記入欄				
症状 所見	問診と診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)と判断します。本人に対して、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			
ワクチン名・ロット番号	接種量	接種部位	接種年月日	実施場所・医師名
	mL		/ /	竹内医院

## 予防接種説明書

予防接種の前に、必ずこの説明書をお読みください。接種にあたっては接種を受ける方の健康状態をよく把握する必要がありますので、予診票には出来るだけ詳しくご記入ください。

### ● ワクチンの副反応

主な副反応としては、全身症状として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、下痢、めまい、関節痛など、また局所症状として注射部位の疼痛、発赤、そう痒感（かゆみ）、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、熱感、発熱、倦怠感、手の脱力感等があります。また、非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー（血圧低下、呼吸困難、顔面蒼白等）、多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎、脊髄炎、視神経炎、ギラン・バレー症候群、末梢神経障害、血小板減少性紫斑病が起こる可能性があります。何か異常が認められた場合は、すぐに医師に申し出てください。

※ロタウイルス経口生ワクチンの場合、血便をきたす可能性があるほか、腸重積症のリスクが増加する可能性があると考えられています。

※健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または近親者が、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うこととなります。

### ● 次の方は接種を受けないでください

- 明らかな発熱を呈している方（37.5℃を超える方）
- 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
- 過去に同じワクチンの成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな方
- 予防接種を行うことが不適当な状態にあると医師が判断した方
- 水痘、風疹、おたふくかぜワクチンの場合、妊娠していることが明らかな方（なお、接種後2か月間の避妊が必要です）
- ロタウイルス経口生ワクチンの場合、腸重積の既往のある方及び発症の可能性が高い方（メッケル憩室など未治療の先天性消化管疾患）
- 生ワクチンの場合、明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する方（重症複合型免疫不全症など）及び免疫抑制をきたす治療を受けている方

### ● 次の方は接種前に医師にご相談ください

- 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する方
- 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた方及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある方
- 過去にけいれんの既往のある方
- 過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方
- かぜなどのひきはじめと思われる方
- 薬の投与または食事（鶏卵、鶏肉など）で発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある方
- 本剤の成分（詳しくは医師にお尋ねください）に対してアレルギーを呈するおそれのある方
- 妊娠中または妊娠している可能性のある方
- 水痘、風疹、おたふくかぜワクチンの場合、妊娠している可能性のある方は接種後2か月間の避妊が必要です。
- 筋肉内注射の場合、注射部位の出血のおそれがある方（血小板減少症、凝固障害のある方、抗凝固療法を施行している方）
- B型肝炎ワクチンの場合、高齢の方
- ロタウイルス経口生ワクチンの場合、胃腸障害がある方
- インフルエンザワクチン、水痘ワクチン、おたふくかぜワクチンの場合、間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患のある方

### ● ワクチン接種後の注意

- 接種後30分間はアナフィラキシーなどの急な副反応がおこることがありますので、様子を観察し、すぐに連絡をとれるようにしてください
- 接種当日は激しい運動を避けてください（接種当日の入浴は差し支えありません。ただし注射したところをこすらないでください）
- 接種後に発熱したり、接種した部位が腫れたり、赤くなったりすることがありますが、一般にその症状は軽く、通常、数日中に消失します
- 接種後に高熱や体調の変化、その他局所の異常反応に気づいた場合は、医師の診療を受けてください
- 注射に対する恐怖や痛みのために気を失うことがあります