

〒	品川区	丁目	番	号
---	-----	----	---	---

品川区

ポリオ

1回目

2回目

○を付けてください。

受付

有効期間

から
まで

フリガナ		男	生年	平成	年	月	日
受ける人の氏名		女	月日	(満 歳 ヲ月)			

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。

予防接種予診票 接種当日に該当する各項目を○で囲むほか、太線の中の必要事項を記入してください。

診察前の体温 度 分

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品川区から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
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	あった なかった あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	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ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 ()	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先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他病気にかかり、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	
そのとき熱がでましたか	はい いいえ	
薬や食品(卵など)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 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 予防接種名 ()	ある ない	
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接種を受けましたか(注)	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	

医師の記入欄	保護者の記入欄
<p>以上の問診及び診察の結果今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)</p> <p>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、説明した。</p> <p style="text-align: center;">医師のサイン</p>	<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません)</p> <p>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、本予診票が関係区市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">保護者自署</p>

※1 保護者以外の方が同伴する場合は委任状が必要です。

予防接種済の記録を母子手帳に記載できない場合にはこの部分に記入し切り取って保護者へお渡しください。

8<キリトリ

実施場所・医師名・接種年月日	使用ワクチン名
	ワクチン名
	Lot No.
	接種量(経口接種)
接種年月日 年 月 日	0.05ml

予防接種記録票	
接種医師名	
Lot No.	接種量 0.05ml
接種日	年 月 日

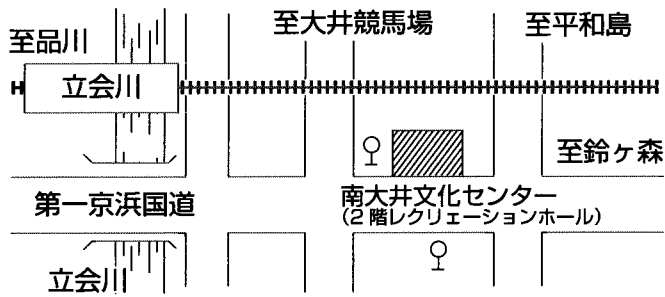
品川区

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、肺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、この注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

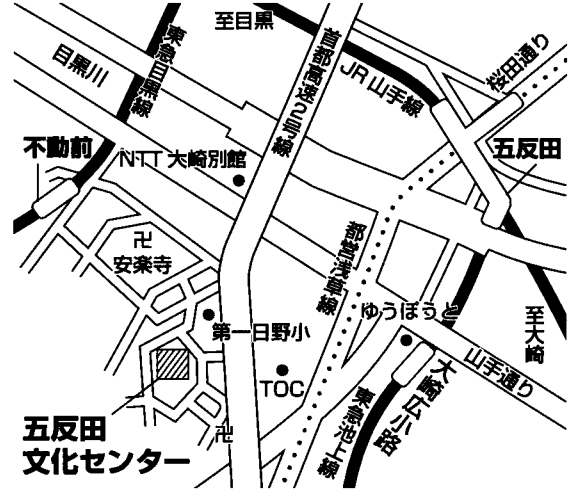
2010.02.ポリオ

予防接種会場案内図

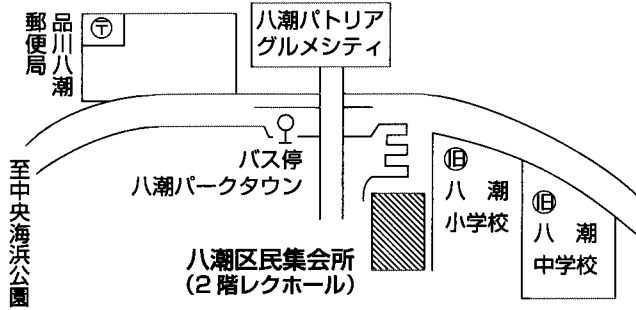
南大井文化センター



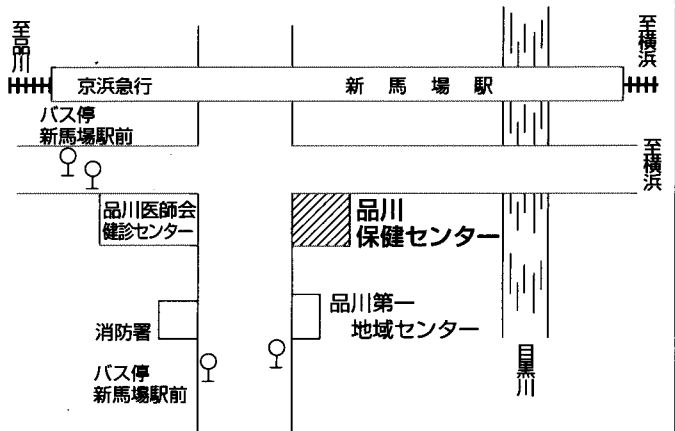
五反田文化センター



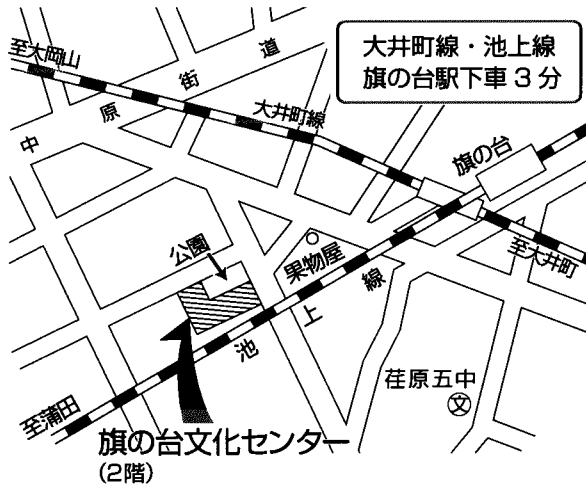
八潮区民集会所



品川保健センター



旗の台文化センター



荏原保健センター・荏原文化センター

