

※太ワク内をご記入ください。

住所	大田区				
フリガナ		性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日
氏名					(満 歳 か月)
保護者氏名		電話番号	-		

- 助成期間
令和4年10月1日から令和5年1月31日
- 助成対象
接種日現在、大田区に住民票がある
生後6か月以上15歳(中学3年相当)以下の方
- 助成回数
・生後6か月以上13歳未満 2回まで
・13歳以上15歳(中学3年相当)以下 1回
- 助成金額
1回の接種につき1,000円

今回の接種に「○」をつけてください また2回目の接種の場合、 1回目の接種日をご記入ください。	1回目接種	2回目接種
	1回目の接種日 (西暦) 年 月 日	年 月 日

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	度	分	
1 今日受ける予防接種について説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2 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	
3 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	
4 1か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	
5 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	いいえ	
6 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()	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	
7 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	いいえ	
8 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	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
9 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	いいえ	
10 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	いいえ	
11 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	いいえ	
12 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	いいえ	
13 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい	いいえ	
14 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい	いいえ	
15 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 ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。
保護者または接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

任意接種予防ワクチン接種費用の助成を申請します。

また、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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で接種すること、及びこの予診票の目的が予防接種の安全性の確保であることを理解の上、本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者署名

使用ワクチン	用法・容量	実施場所・接種医師名
Lot No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6か月以上3歳未満)	実施機関名・住所・電話番号 大川子ども・内科クリニック 〒146-0005 東京都大田区多摩川1-6-16 TEL03-3758-0926 大川 洋二
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 (西暦) 年 月 日