

【保護者様へ】 予防接種予診票の記入時の注意点について

○△□予防接種予診票

接種対象年齢：○から△に相当する年齢
※対象年齢外の方の接種は全額自費となります。

例

(市の記載欄)

江南
愛知 花子様

ふりがな	江南 愛知 花子
受ける人	江南市 ××町 ○○番地 ◎◎軒△△番地 日アアパート
住所	年 月 日生 (満 歳 満月)
生年月日	
保護者名※	
電 話	

訂正がある場合は、
見え消し二重線で訂正してください。

【注意】
修正テープ・修正液での訂正はできません。
ペンの塗りつぶしでの訂正もできません。

*太枠の中を消えないボールペンで記入し、担当医師へ提出してください。

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	はい	いいえ
病名()	↓	
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も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	はい	いいえ
おこしたのは、(歳頃)	↓	
そのとき熱が出ましたか	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はありますか	ある	ない
予防接種の種類 (歳頃)		
医師の記入欄 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(接種を受ける者が16歳以上の場合は本人)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】 ※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ます。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者の署名[]		
使用ワクチン名	接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 :	接種量: ~ml 接種部位 ○○ △△ □□ ××	実施場所 : 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日
Lot No. :		
有効期限 :		

保護者名を統一してください。
予防接種に同伴する保護者の
名前を記入してください。

委任状を添付される場合は、
保護者の名前を記入してください。

(委任状記入例の場合、保護者である、「江南 太郎」さんが
2か所に記載されます。)

江南市

裏面 予防接種の案内

20XX.X

誤って修正テープを使用した場合は、予防接種前に保健センターにお問い合わせください。

見え消し二重線での訂正が難しい場合、または、新しい予診票と交換してほしい等の希望がある場合は、対応可能ですので、親子健康手帳(母子健康手帳)とお手持ちの予診票をご持参の上、保健センターへ来所ください。