

不活化ポリオワクチン (IPV) 予診票

体温 _____ 度 分

住所		Tel() _____
(フリガナ)		性別 _____ 生年月日 _____
接種者氏名		男 _____ 年 月 日生
保護者氏名		女 (満 _____ 歳 _____ ヶ月)

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

質問事項		回答欄	
ポリオの生ワクチン、不活化ワクチンそれぞれのメリット・デメリットについて理解しましたか		いいえ	はい
当クリニックのホームページにある不活化ポリオについての文章は読みましたか		いいえ	はい
国内未承認ワクチンであり、補償制度は輸入元の保険しかないことについて理解しましたか		いいえ	はい
接種を受ける人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	はい	いいえ
	出生後に異常がありましたか	はい	いいえ
	乳幼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
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ヶ月以内に病気にかかったりお薬を飲みましたか		はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がありましたか		はい	いいえ
(病名: _____)			
4週間以内に予防接種を受けましたか(接種日: /)(予防接種名: _____)		はい	いいえ
6ヶ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
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
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
薬や食品で皮ふ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

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人はいますか	はい	いいえ
【12歳以上の女性の場合】現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ
今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ

保護者(本人) 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望します		
	保護者(本人) 署名		

医師 記入欄	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		
	医師名		渡部 創

ワクチン名	接種回数	メーカー / ロット	接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
不活化ポリオ	1・2	sanofi pasteur	大腿外側	0.5・	医) 渡部クリニック 渡部 創 年 月 日
	3・4		右・左		