

ロタウイルス感染症
定期予防接種予診票

ロタリックス	1回目・2回目
ロタテック	1回目・2回目・3回目

※該当するものを○で囲んでください。
※原則として同一の製剤で接種するようにしてください。

住所	朝倉市	診察前の体温	度	分
ふりがな		生年月日		
受ける人の氏名		男	令和	年 月 日生
保護者の氏名		女	(出生 週 日後)	「出生○週●日後」とは出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします。

1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか？	<input type="checkbox"/>	医療機関記入欄
--------------------------------------	--------------------------	---------

質問事項	回答欄	医師記入欄
今回の接種は何回目ですか。	1回目・2回目・3回目	
これまでの接種年月日を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ)	1回目: 年 月 日	
*前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔があいていることを確認	2回目: 年 月 日	
今日受ける予防接種について市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」を読みましたか。	はい	いいえ
腸重積症について説明を受け、理解しましたか。	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。	なかった	あった
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	なかった	あった
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	ない	ある
最近1カ月以内に病気がかかりましたか。 病名()	いいえ	はい
1カ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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい
最近、次の予防接種を受けましたか。 1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、その他)	いいえ	はい
4週間以内(BCG、その他)	いいえ	はい
これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。	いいえ	はい
これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 *ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。	いいえ	はい
その他、これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経の病気、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(先天性異常 胃腸障害 心臓 腎臓 肝臓 血液 脳神経 その他:)	いいえ	はい
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。(月 日)	いいえ	はい
そのとき熱が出ましたか。(度 分)	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
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。 予防接種の種類()	ない	ある
母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名()	ない	ある
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。	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
これまでに輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか。	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
【医師記入欄】 保護者に対して予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。 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)	医師署名又は記名押印	
医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応(特に腸重積症)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、接種を希望しますか。 (希望します ・ 希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	経口接種 該当する方に○	実施場所	
	ロタリックス	ロタテック	医師名
	1.5 ml	2 ml	接種年月日 令和 年 月 日

※有効期限が切れていないか確認

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的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、予防接種の効果が出ないことがあります。

B型肝炎
定期予防接種予診票

1回目・2回目・3回目

※該当するものを○で囲んでください。

住所	朝倉市		診察前の体温	
ふりがな			度	分
受ける人の氏名		男	生年月日	
保護者の氏名		女	令和	年 月 日生
			(満	か月)

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」を読みましたか	はい	いいえ	
母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか ※母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種をした場合、定期予防接種の対象外となります。	いいえ	はい	
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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(ロタ、BCG、その他)	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 (月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
ラテックス過敏症*1ですか	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	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*2の注射を受けましたか	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印		
医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
組換え沈降B型肝炎ワクチン	皮下接種	実施場所		
Lot No.	0.25	医師名		
※有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日	令和	年 月 日

(※1)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。(※2)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

ヒブ(インフルエンザ菌b型)
定期予防接種予診票

接種開始月齢:2~7か月未満	1回目・2回目・3回目・追加
接種開始月齢:7か月~1歳未満	1回目・2回目・追加
接種開始年齢:1~4歳	1回目

※該当するものを○で囲んでください。

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名		女	平成 年 月 日生 令和 (満 歳 か月)
Tel:			

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(ロタ、BCG、麻疹、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 か月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	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(注)の注射を受けましたか	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印		

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません)	保護者自署 (委任の場合は受任者)
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	皮下接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

小児用肺炎球菌
定期予防接種予診票

接種開始月齢:2~7か月未満	1回目・2回目・3回目・追加
接種開始月齢:7か月~1歳未満	1回目・2回目・追加
接種開始年齢:1歳	1回目・2回目
接種開始年齢:2~4歳	1回目

※該当するものを○で囲んでください。

住 所	朝倉市	診察前の体温	
		度	分
ふりがな		男	生年月日
受ける人の氏名		女	平成 年 月 日生
保護者の氏名	Tel: _____		(満 歳 か月)

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった
出生後に異常がありましたか	なかった	あった
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある
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
最近1か月以内に病気にかかりましたか 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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい
最近、次の予防接種を受けましたか 1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい
4週間以内(ロタ、BCG、麻疹、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ	はい
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい
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 か月頃)	いいえ	はい
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい
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	いいえ	はい
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 予防接種の種類()	ない	ある
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	いいえ	はい
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	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(注)の注射を受けましたか	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

【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印
--	------------

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)
--	----------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
沈降(15価・20価)肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	実施場所
Lot No.	0.5 ml	医師名
※有効期限が切れていないか確認		接種年月日 令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

五種混合 定期予防接種予診票

(百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ)

I 期初回(1・2・3回目)・I 期追加

※該当するものを○で囲んでください。

住所	朝倉市		診察前の体温	
ふりがな			度	分
受ける人の氏名		男	生年月日	
保護者の氏名		女	平成	年 月 日生
			令和	
			(満	歳 か月)
	Tel:			
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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」を読みましたか		はい	いいえ	
これまでに五種混合ワクチン以外の混合ワクチン、もしくはヒブワクチンを接種したことがありますか		いいえ	はい	
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		なかった	あった	
出生後に異常がありましたか		なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		ない	ある	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)		いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか				
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)		いいえ	はい	
4週間以内(ロタ、BCG、麻疹、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)		いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)		いいえ	はい	
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 カ月頃)		いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)		いいえ	はい	
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		いいえ	はい	
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 予防接種の種類()		ない	ある	
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		いいえ	はい	
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		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(注)の注射を受けましたか		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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)		医師署名又は記名押印		
医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。		保護者自署 (委任の場合は受任者)		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
五種混合(DPT-IPV-Hib)ワクチン	皮下接種・筋肉内注射	実施場所		
Lot No.	0.5	医師名		
	ml	接種年月日		
		令和	年	月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

三種混合 定期予防接種予診票

(百日せき・ジフテリア・破傷風)

I 期初回(1・2・3回目)・I 期追加

※該当するものを○で囲んでください。

住 所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名		女	平成 年 月 日生 令和 年 月 日生 (満 歳 か月)
Tel:			

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(ロタ、BCG、麻疹、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 か月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン ^(注) の注射を受けましたか	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印		

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません)	保護者自署 (委任の場合は受任者)
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
三種混合(DPT)ワクチン	皮下接種	実施場所	
Lot No.	0.5	医師名	
※有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日	令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的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、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

不活化ポリオ
定期予防接種予診票

接種履歴	生ポリオ ()回	不活化ポリオ ()回	四種混合 ()回
※ポリオの接種履歴を確認し、残回数を確認			
I 期初回(1 ・ 2 ・ 3 回目)・ I 期追加			

※該当するものを○で囲んでください。

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日 平成 年 月 日生 令和
保護者の氏名		女	(満 歳 か月)

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ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方がいましたか 病名(麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(ロタ、BCG、麻しん、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 か月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	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	

【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印
--	------------

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)
---	----------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
不活化ポリオワクチン Lot No.	皮下接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

※有効期限が切れていないか確認

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が出ないことがあります。

二種混合

(第II期:ジフテリア・破傷風)

定期予防接種予診票

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名		女	平成 年 月 日生
	Tel:		(満 歳 か月)

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」を読みましたか	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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、予防接種を受けましたか 1週間以内(日本脳炎、子宮頸がん予防、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内()	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 か月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン ^(注) の注射を受けましたか	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印		
医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
沈降ジフテリア破傷風 混合トキソイド(DT)	皮下接種	実施場所	
Lot No.	0.1	医師名	
	ml	接種年月日	令和 年 月 日

※有効期限が切れていないか確認

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的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、予防接種の効果が出ないことがあります。

BCG (結核)
定期予防接種予診票

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名	Tel:	女	令和 年 月 日生 (満 か月)

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ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方がいましたか 病名(麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか 1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(ロタ、その他)	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 (カ月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン ^(注) の注射を受けましたか	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	

【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印
--	------------

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)
--	----------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
BCGワクチン	規定量をBCG用管針を用いて経皮接種	実施場所
Lot No.		医師名
※有効期限が切れていないか確認		接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3〜6カ月以内に受けた方は、予防接種の効果が出ないことがあります。

麻しん(M)・風しん(R)
定期予防接種予診票

麻しん・風しん混合	第1期・第2期
麻しん単抗原	第1期・第2期
風しん単抗原	第1期・第2期

※該当するものを○で囲んでください。

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名		女	平成 年 月 日生
	Tel:		(満 歳 か月)

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
麻しん(はしか)又は風しんにかかったことがありますか 種類はどちらですか(麻しん・風しん)	いいえ	はい	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ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方がいましたか 病名(麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 カ月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印		
医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
・乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン ・乾燥弱毒生麻しんワクチン ・乾燥弱毒生風しんワクチン	皮下接種	実施場所	
Lot No.	0.5 ml	医師名	
※有効期限が切れていないか確認		接種年月日	令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的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、予防接種の効果が出ないことがあります。

水痘(みずぼうそう)
定期予防接種予診票

1回目・2回目

※該当するものを○で囲んでください。

住所	朝倉市		診察前の体温	
ふりがな			度分	
受ける人の氏名		男	生年月日	
保護者の氏名		女	令和 年 月 日生	
			(満 歳 か月)	

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市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」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	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
今までに水痘ワクチンを接種したことがありますか			
接種時期はいつですか 1回目(年 月 日) 2回目(年 月 日)	いいえ	はい	
今までに水痘(みずぼうそう)にかかったことがありますか	いいえ	はい	
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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1カ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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内(BCG、麻疹、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ	はい	
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			
病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 か月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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			
予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	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	
【医師記入欄】	医師署名又は記名押印		
保護者又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しました。			
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)			

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します・希望しません)	保護者自署 (委任の場合は受任者)
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	実施場所	
Lot No.	0.5	医師名	
※有効期限が切れていないか確認	ml	接種年月日	令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的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、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

日本脳炎
定期予防接種予診票

1回目・2回目・追加・Ⅱ期

※該当するものを○で囲んでください。
※保護者非同伴の場合は、別紙「日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明及び保護者同意書」を添付

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日
保護者の氏名		女	平成 年 月 日生 令和 年 月 日生 (満 歳 か月)

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、市町村から配られている「予防接種と子どもの健康」、または「日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明」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（Ⅱ期・13歳以上の方は、回答不要）			
出生体重（ ）g 分娩時に異常がありましたか	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか	なかった	あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 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（麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他： ）	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか			
1週間以内（B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他）	いいえ	はい	
4週間以内（ロタ、BCG、麻疹、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他）	いいえ	はい	
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 病名（先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他： ）	いいえ	はい	
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 か月頃 ）	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか（ 度 分 ）	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類（ ）	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	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 ^(注) の注射を受けましたか	いいえ	はい	
《13歳以上の女性の方のみ》 現在妊娠している又は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 ※妊婦又は妊娠している可能性がある方には接種しないことが原則です。ただし、予防接種上の有益性が危険性を上回ると判断される場合は接種できます。	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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）	医師署名又は記名押印		
医師の診察・説明（ワクチン成分も含む）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、接種を希望しますか（希望します・希望しません） 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者。既婚者は本人、保護者非同伴の場合は保護者が予め自署。)		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	実施場所	
Lot No.	0.25ml・0.5ml (3歳未満) (3歳以上)	医師名	
※有効期限が切れていないか確認	※該当するものを○で囲んでください。	接種年月日	令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が出ないことがあります。

子宮頸がん予防
定期予防接種予診票

(ヒトパピローマウイルス感染症)

1回目・2回目・3回目

※該当するものを○で囲んでください。
※保護者非同伴の場合は、別紙「子宮頸がん予防ワクチン予防接種を受けるに当たっての
説明及び保護者同意書」を添付

住所	朝倉市	診察前の体温	
ふりがな		度 分	
受ける人の氏名		女	生年月日
保護者の氏名			平成 年 月 日生
			(満 歳)
			小学・中学・高校 年生

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、市町村から配られている「予防接種と子どもの健康」、または「子宮頸がん予防ワクチンの 予防接種を受けるに当たっての説明」を読みましたか	はい	いいえ	
今回の接種は何回目ですか	1回目	2回目	3回目
2回目以降の場合、これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください	1回目	年月日 歳	
(注1)ワクチンの種類は、①サーバリックス(2価)②ガーダシル(4価)③シルガード9(9価)④その他のうちから、下段の①～ ④のいずれかを○で囲んでください。 (注2)③シルガード9(9価)の場合、初回は14歳までに接種し、2回目を5ヵ月以上の間隔をおいて接種する、合計2回も接種 方法で完了させることができます。 (注3)保護者又は被接種者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」を記入してください。	2回目	年月日 歳	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで 異常があるといわれたことがありましたか	なかった	あった	
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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1ヵ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方がいましたか 病名(麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、予防接種を受けましたか 1週間以内(日本脳炎、子宮頸がん予防、インフルエンザ、その他)	いいえ	はい	
4週間以内()	いいえ	はい	
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 病名(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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 ヵ月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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 予防接種の種類()	ない	ある	
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	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)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(生理が予定より遅れているなど)はありますか ※妊娠している方への接種には、注意が必要です。	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	
【医師記入欄】 保護者又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しました。 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)	医師署名又は記名押印		

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、病歴・健康状態・接種当日の体調などを考慮した上で接種を希望しますか (希望します・希望しません) 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者又は被接種者自署 (被接種者が16歳未満の場合は保護者自署。委任の場合は受任者。保護 者非同伴の場合は保護者が予め自署。)
---	--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
組織沈降ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	筋肉内接種	実施場所	
Lot No.	0.5 ml	医師名	
※有効期限が切れていないか確認		接種年月日	令和 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防や重症の感染症の治療の目的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、予防接種の効果が出ないことが
あります。

RSウイルス(母子免疫)

定期予防接種予診票

接種希望の方は、太枠の中のみご記入ください。

住所		朝倉市		診察前の体温	度	分
ふりがな				電話		
氏名		女	生年月日	昭和 平成	年	月 日 (満 歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
RSワクチン(母子免疫)の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ はい	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	いいえ はい	
今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。(病名)	いいえ はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ はい	
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。()	いいえ はい	
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。	いいえ はい	
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	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	いいえ はい	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	いいえ はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	いいえ はい	
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言われましたか。	はい いいえ	
今日は、妊娠28週から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか。 妊娠週数(週 日) 出産予定日(年 月 日)	はい いいえ	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。	いいえ はい	
妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。	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	

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 (可能 ・ 見合わせる) 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、説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
組換えRSウイルスワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 朝倉市来春189-1 たかせ小児科医院 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

<p>RSウイルス予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解の上で、接種を希望しますか。 (希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 被接種者氏名(自署) (※本人が自署できない場合、代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください) (※接種を受ける人が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署を記載してください。)</p> <p>(代筆者氏名 続柄)</p>

成人用(高齢者)肺炎球菌 定期予防接種予診票

接種希望の方は、太枠の中のみご記入ください。

		診察前 の体温	度 分		
住 所	朝 倉 市		電 話		
ふりがな		男	生年 月 日	昭和 年 月 日 生 (満 歳)	
氏 名		女			
質 問 事 項			回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。			いいえ	はい	
今日の成人用肺炎球菌の予防接種について裏面の説明書を読みましたか。			はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。			はい	いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。(病名)			いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。			いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。			はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。			いいえ	はい	
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。()			いいえ	はい	
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？			いいえ	はい	
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	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()			いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()			いいえ	はい	
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言われましたか。			はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()			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	
医師記入欄	<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>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、説明しました。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>				
ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日			
沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	実施場所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日			
<p>成人用肺炎球菌予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解の上で、接種を希望しますか。 (希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 被接種者氏名(自署)</p> <p style="text-align: center;">(※本人が自署できない場合、代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください)</p> <p style="text-align: center;">(代筆者氏名 続柄)</p>					
医療機関確認欄	自己負担額	<input type="checkbox"/> 有料	3,500円		
		<input type="checkbox"/> 無料	生活保護受給者証明書を添付してください		

インフルエンザ(65歳以上)

定期予防接種予診票

接種希望の方は、太枠の中のみご記入ください。

		診察前の 体温	度		分
住 所	朝 倉 市			電話	
ふりがな		男	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)
氏 名		女			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今年の10月以降にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
今日のインフルエンザの予防接種について朝倉市から配られている説明書(広報掲載)を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。(病名)	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
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。()	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
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	
1ヵ月以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	いいえ	はい	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	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	

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 (可能 ・ 見合わせる) 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、説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
インフルエンザHAワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	皮下接種 0.5 ml	実施場所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日

<p>インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解の上で、接種を希望しますか。 (希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 被接種者氏名(自署) (※本人が自署できない場合、代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください) (代筆者氏名 続柄)</p>

医療機関確認欄	自己負担額	<input type="checkbox"/> 有料	1,500円
		<input type="checkbox"/> 無料	生活保護受給者証明書を添付してください

新型コロナウイルス（65歳以上）

定期予防接種予診票

接種希望の方は、太枠の中のみご記入ください。

		診察前の体温	度		分
住所	朝倉市			電話	
ふりがな		男	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 生 歳)
氏名		女			

質問事項	回答欄		医師記入欄
今年の10月以降に新型コロナウイルスの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
今日の新型コロナウイルスの予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。(病名)	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
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。()	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
新型コロナウイルスの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
新型コロナウイルス以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
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	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名()	いいえ	はい	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	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	

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 (可能 ・ 見合わせる) 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、説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号 (mRNA ・ レプリコン ・ タンパク組換え) Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	接種量 ml	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
---	-----------	---

<p>新型コロナウイルス予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解の上で、接種を希望しますか。 (希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 被接種者氏名(自署) (※本人が自署できない場合、代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください) (代筆者氏名 続柄)</p>

医療機関確認欄	自己負担額	<input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料	4,500円 生活保護受給者証明書を添付してください
---------	-------	--	-------------------------------

帯状疱疹

定期予防接種予診票

- 生ワクチン
不活化ワクチン①
不活化ワクチン②

接種希望の方は、太枠の中のみご記入ください。

○で囲んで下さい（当該年度末時点の年齢）

60～64歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳	95歳	100歳	診察前の体温	度	分
住所 朝倉市									電話		
ふりがな				男		生年月日		大正 年 月 日生			
氏名				女		昭和		(満 歳)			

質問事項	回答欄	医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ はい	
今日の帯状疱疹の予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。（病名）	いいえ はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。 （注）免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することが出来ません	いいえ はい	
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。（）	いいえ はい	
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？	いいえ はい	
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？ 予防接種の種類（）	いいえ はい	
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	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（）	いいえ はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（）	いいえ はい	
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言われましたか。	はい いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（）	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ はい	

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（可能・見合わせる） 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、説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号 シングリックス・ビケン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	接種量 皮下接種・筋肉内接種 0.5 ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
--	-----------------------------	---

<p>帯状疱疹予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。）</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解の上で、接種を希望しますか。 （希望します・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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 被接種者氏名（自署） （※本人が自署できない場合、代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください） （代筆者氏名 続柄）</p>
--

医療機関確認欄	自己負担額	<input type="checkbox"/> 有料 (生ワクチン) 3,000円 (不活化ワクチン) 6,000円 <input type="checkbox"/> 無料 生活保護受給者証明書を添付してください
---------	-------	--

風しん第5期 定期予防接種予診票

対象者：S37.4.2～S54.4.1生の男性のうち特例措置の対象となった方
(原則MRワクチンを接種すること)

住所		朝倉市		診察前の体温	度	分
ふりがな				電話		
氏名		生年月日		年	月	日生 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について裏面の説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。(	いいえ	はい	
現在何か病気にかかっていますか。(病名	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名(	いいえ	はい	
1ヵ月以内に家族や周りの人に麻疹、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(	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名(	いいえ	はい	
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言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類(	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	

医師記入欄	被接種者が、風しん第5期の定期接種特例措置の対象者であることを確認(した・していない)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)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、説明しました。 医師署名又は記名押印	
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
・乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン ・乾燥弱毒性風しんワクチン Lot No. ※有効期限が切れていないか確認	皮下接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

<p>風しん5期の定期予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい。)</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解の上で、接種を希望しますか。 (希望します・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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>年 月 日 被接種者氏名(自署)</p>
--