

[ 予防接種予診票（乳幼児・小学生等対象） ]

住所	診察前の体温		度	分
(フリガナ) 受ける人の氏名	連絡先（電話番号）	男・女	保護者の氏名※1	
生年月日	平成・令和・西暦	年	月	日生（満 歳 か月）

※1 接種を受ける者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記入は必要ありません。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	はい	いいえ	
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	
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	ない	ある	
現在体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
具体的な症状（ ）			
1か月以内に病気にかかりましたか。	いいえ	はい	
病名（ ）			
1か月以内に家族や遊び仲間へ麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の人がいましたか。	いいえ	はい	
病名（ ）			
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
予防接種の種類（ ）			
これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	いいえ	はい	
病名（ ）			
治療（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。	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	
（ ）歳頃又は（ ）か月頃			
そのとき熱が出ましたか。	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	
薬・食品名（ ）			
6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
生まれてから今までに家族等身のまわりに結核にかかった人がいましたか。	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。	いいえ	はい	
予防接種の種類（ ）			
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	
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

保護者又は接種を受ける者の記入欄

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等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）。※かつこの中のどちらかを○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、本予診票を市区町村に提出することに同意します。

保護者又は接種を受ける者の自署※2

（※2 接種を受ける者が16歳未満の者の場合は保護者自署）

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・見合わせた方がよい）と判断します。

保護者（接種を受ける者が満16歳以上の者の場合は本人）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。

医師記名

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名	皮下接種・筋肉内注射 mL	実施場所	医師名	
Lot No.	【BCGのみ】規定量をBCG用 管針を用いて経皮接種	接種年月日	西暦	年 月 日
(注)有効期限が切れていない か要確認	右上肢・左上肢・右下肢・左 下肢・その他[ ]			

### ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

住所	診察前の体温		度	分
	連絡先（電話番号）			
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	保護者の氏名※1		
生年月日	平成・令和・西暦	年	月	日生（満 歳 か月）

※1 接種を受ける者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記入は必要ありません。

質問事項	回答欄			医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ		
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	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ワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください。	1回目	① / ② / ③ / ④ ( ) / ⑤ 年 月 日 歳		
(注1) ワクチンの種類は①2価(サーバリックス)、②4価(ガーダシル)、③9価(シルガード9)、④その他、⑤不明のうち、いずれか一つを○で囲んでください。④その他の場合はワクチンの種類も記入してください。				
(注2) ③9価(シルガード9)の場合、1回目を15歳になるまでに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。	2回目	① / ② / ③ / ④ ( ) / ⑤ 年 月 日 歳		
(注3) 保護者又は接種を受ける人及び医師は、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」と記入してください。				
現在体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい		
具体的な症状 ( )				
1か月以内に病気にかかりましたか。	いいえ	はい		
病名 ( )				
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい		
予防接種の種類 ( )				
これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	いいえ	はい		
病名 ( )				
治療(投薬等)を受けていますか。	いいえ	はい		
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ		
近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。	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		
( )歳頃				
そのとき熱が出ましたか。	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		
薬・食品名 ( )				
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れている等)はありますか。	いいえ	はい		
(注) 妊娠している人への接種には、注意が必要です。				
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。	いいえ	はい		
予防接種の種類 ( )				
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		
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい		

#### 保護者又は接種を受ける者の記入欄

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等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)。※かつこの中のどちらかを○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、本予診票を市区町村に提出することに同意します。

保護者又は接種を受ける者の自署※2

(※2 接種を受ける者が16歳未満の者の場合は保護者自署)

#### 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・見合わせた方がよい)と判断します。

保護者(接種を受ける者が満16歳以上の者の場合は本人)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。

医師記名

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射 0.5 mL	実施場所 医師名
Lot No.	右上腕・左上腕・その他 [ ]	接種年月日 西暦 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか要確認		

## インフルエンザ予防接種予診票

住所	診察前の体温	度	分
	連絡先（電話番号）		
（フリガナ） 受ける人の氏名		男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・西暦	年	月 日 生（満 歳 か月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（ ）	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（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
1か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か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	
これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
免疫不全と診断を受け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	
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。 薬・食品名（ ）	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に、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	
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

接種を受ける者の記入欄
<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、予防接種健康被害救済制度等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）。※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。</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、本予診票を市区町村に提出することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">接種を受ける者の自署※ （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種を受ける者との続柄を記入）</p> <p style="text-align: center;">代筆者氏名 <span style="float: right;">代筆者の続柄</span></p>

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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。</p> <p>接種を受ける者に対して、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、説明をしました。</p> <p style="text-align: center;">医師記名</p>

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 mL	実施場所 医師名
Lot No. （注）有効期限が切れていない か要確認	右上腕・左上腕 ・その他[ ]	接種年月日 西暦 年 月 日





## ロタウイルス感染症予防接種予診票

住所	診察前の体温		度	分
	連絡先(電話番号)			
(フリガナ) 受ける人の氏名		男・女	保護者の氏名	
生年月日	令和・西暦	年	月	日生(満
	(出生	週	日後)	歳
	か月)			
	〔出生〇週〇日後〕とは出生日の翌日を1日として算出した日を表します。			

質問事項	回答欄			医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ		
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	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		
今回の接種は何回目ですか。(注)1回目の場合、接種日が出生14週6日後を過ぎていることを確認。	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ワクチンの種類、接種年月日を記入してください。	1回目	①/②/ ③( )/④ 年 月 日		
(注1) ワクチンの種類は①1価(ロタリックス)、②5価(ロタテック)、③その他、④不明のうち、いずれか一つを○で囲んでください。③その他の場合はワクチンの種類も記入してください。	2回目	①/②/ ③( )/④ 年 月 日		
(注2) 保護者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。				
お子さんの発育歴についておたずねします。				
出生体重( )g	なかった	あった		
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。	ない	ある		
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。	いいえ	はい		
現在体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい		
具体的な症状( )				
1か月以内に病気にかかりましたか。	いいえ	はい		
病名( )				
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の人がいましたか。	いいえ	はい		
病名( )				
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい		
予防接種の種類( )				
これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	いいえ	はい		
病名( )				
治療(投薬等)を受けていますか。	いいえ	はい		
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ		
近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。	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		
( )か月頃				
そのとき熱が出ましたか。	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		
薬・食品名( )				
これまでに腸重積症になったことがありますか。又は、治療を完了していない生まれつきの消化管障害がありますか。	いいえ	はい		
(注)「はい」の場合、ロタウイルス感染症の予防接種は実施できません。				
肺炎や中耳炎等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。	いいえ	はい		
(注)「はい」の場合、ロタウイルス感染症の予防接種が実施できないことがあります。				
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。	いいえ	はい		
薬剤名( )				
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。	いいえ	はい		
予防接種の種類( )				
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		
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい		

保護者記入欄
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(特に腸重積症)、予防接種健康被害救済制度等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)。※かっこの中のどちらかを○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、本予診票を市区町村に提出することに同意します。
保護者自署

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・見合わせた方がよい)と判断します。
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、説明をしました。
医師記名

使用ワクチン名	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	経口接種	実施場所 医師名			
Lot No.	ロタテック	接種年月日	西暦	年	月 日
(注)有効期限が切れていないか 要確認	2 mL	ロタリックス			



## 帯状疱疹予防接種予診票

住所	診察前の体温	度	分
	連絡先（電話番号）		
（フリガナ） 受ける人の氏名			男・女
生年月日	明治・大正・昭和・西暦	年	月 日 生（満 歳 か月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（ ）	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（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
1か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か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	
これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
免疫不全と診断を受け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	
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。 薬・食品名（ ）	いいえ	はい	
帯状疱疹の予防接種を受けたことはありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
（今回の接種が2回目の場合） 1回目に接種したワクチンの種類、接種年月日を記入してください。 （注1）ワクチンの種類は①組換えワクチン（シングリックス）、②生ワクチン（ピケン）、③その他、④不明のうち、いずれか一つを○で囲んでください。③その他の場合はワクチンの種類も記入してください。 （注2）接種を受ける人及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。	① / ② / ③（ ） / ④ 年 月 日		
帯状疱疹以外の予防接種を受けた際に、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	
6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

接種を受ける者の記入欄
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等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）。※かっこの中のどちらかを○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、本予診票を市区町村に提出することに同意します。
接種を受ける者の自署※ （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種を受ける者の続柄を記入）
代筆者氏名 代筆者の続柄

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・見合わせた方がよい）と判断します。 接種を受ける者に対して、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、説明をしました。
医師記名

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	組換えワクチン（シングリックス） ・筋肉内注射 0.5 mL ・右上腕・左上腕・その他[ ]	実施場所 医師名
Lot No. （注）有効期限が切れていない か要確認	生ワクチン（ピケン） ・皮下注射 0.5 mL ・右上肢、左上肢、右下肢、左下肢、その他[ ]	接種年月日 西暦 年 月 日

