

久万高原町に住民登録がある方で、
お子様の定期予防接種を受けられる方へ

『接種済報告書』は **記入不要** となりました

令和5年4月以降に定期予防接種を受けられる際は、
「予診票」と「医療機関控」
のみ記入してください。

久万高原町
B型肝炎予防接種予診票 【1回目・2回目・3回目】

※注意 1. 左側のワケ内だけ記入してください。
2. 下の裏の中のあるはまるところに鉛筆で記入するのひで選んでください。
3. 必ずがーらつで記入し、母子健康手帳と一緒に提出してください。

住所	TEL() - () - ()
フリガナ	性別 男 女
予防接種を受ける人の氏名	生年月日 年 月 日
保護者の氏名	(姓 名 小名)

質問事項	回答欄	医師記入欄
B型肝炎の予防接種について、説明文を読みましたか。	はい 1% いいえ	
B型肝炎の予防接種を受けたことがありますか。	1% はい	
いつ受けましたか。(1回目: 年 月 日) (2回目: 年 月 日)		
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 () kg 分娩時に異常がありましたか。	なかった ありました	
出生後に異常がありましたか。	なかった ありました	
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 あり	
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。()	1% はい	
最近1か月以内に病気にふかいましたか	1% はい	
病名()		
1か月以内に家族や遊び仲間にしん、風しん、水痘、おたふくやぜなどの病気が方りましたか	1% はい	
病名()		
10か月以内に予防接種を受けましたか。	1% はい	
予防接種の種類() 接種年月日(年 月 日)	1% 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が方り、医師の診察を受けていますか。病名()	1% 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 1% いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(か月頃)	1% はい	
そのとき熱がでましたか。	1% 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。	1% はい	
おたふく症感染症です。(不明な場合は空欄でも結構です。)	1% 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せんか。	1% 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。	ない あり	
予防接種の種類・症状()		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	1% はい	
8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。	1% はい	
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。	1% はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	1% はい	

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 ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の有効性・安全性、副反応及び予防接種後経過観察制度について、説明をしました。

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重要な副反応の可能性、予防接種後経過観察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) 申かつこの中のどちらかをひで選んでください。
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、本予診票が再び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
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) 0.25 ml	医師名 接種年月日 年 月 日

注)有効期限が切れていないこと確認
また、ワクチン名と接種量の両方を記入してください。例、全乳成分、アムネイズ、オゾン化のB型肝炎ワクチン接種に同意します。

A4用紙

久万高原町
B型肝炎予防(1回目・2回目・3回目)接種券

*印欄に記入して予診票といっしょに医療機関に提出してください。

B型肝炎[1回目・2回目・3回目]予防接種済(報告書)

*住所 久万高原町	*電話(呼内出し可) () - () - ()
*予防接種を受けた人の氏名	フリガナ
生年月日 年 月 日	(歳 か月)
*性別	男・女
*保護者氏名	

上記の者のB型肝炎予
医療機関コード 月 日

医療機関名

医師名

使用ワクチン名	接種量
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) 0.25ml

(注)有効期限が切れていないこと確認
(あて先) 久万高原町長

記入不要

B型肝炎[1回目・2回目・3回目]予防接種済(医療機関の控)

*住所 久万高原町	*電話(呼内出し可) () - () - ()
*予防接種を受けた人の氏名	
*生年月日 年 月 日	*性別 男・女
接種年月日 年 月 日	
ワクチン名	B型肝炎ワクチン
使用ワクチン名	接種量
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) 0.25ml
接種医師名	

久万高原町

A5用紙