

仕 様 書

1 件 名	令和4年度予防接種予診票綴り印刷製本
2 納 入 数	1, 800部
3 納入期限	令和4年3月25日（金）まで
4 内 容	別紙様式のとおり
5 規 格	A4サイズ天糊仕様 紺クロス閉じ
6 内容及び紙質	別添様式及び参考見本及びのとおり（※記載内容は見本に一部変更（別添様式中赤マーカー箇所）があるため、別添様式を参考にすること。）原則、書体や配置は見本のとおりとし、詳細は協議の上決定するものとする。

●表紙 光沢紙 両面フルカラー

ナースキャップとお知らせ枠を青色から鮮やかな黄色（色変更）

●目次・P1～P3（使い方・注意事項・異なる予防接種間隔が変
わりました（フルカラー）） 上質紙

●ロタウイルス中扉 色上質紙 薄緑色

●ロタウイルス1回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●ロタウイルス2回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●ロタウイルス3回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●B型肝炎中扉 色上質紙 灰色

●B型肝炎1回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●B型肝炎2回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●B型肝炎3回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●ヒブワクチン中扉 色上質紙 緑色

●ヒブワクチン1回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●ヒブワクチン2回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●ヒブワクチン3回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●ヒブワクチン追加予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●肺炎球菌ワクチン中扉 色上質紙 空色

●肺炎球菌1回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●肺炎球菌2回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●肺炎球菌3回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●肺炎球菌追加予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●四種混合中扉 色上質紙 クリーム色

●四種混合1回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●四種混合2回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

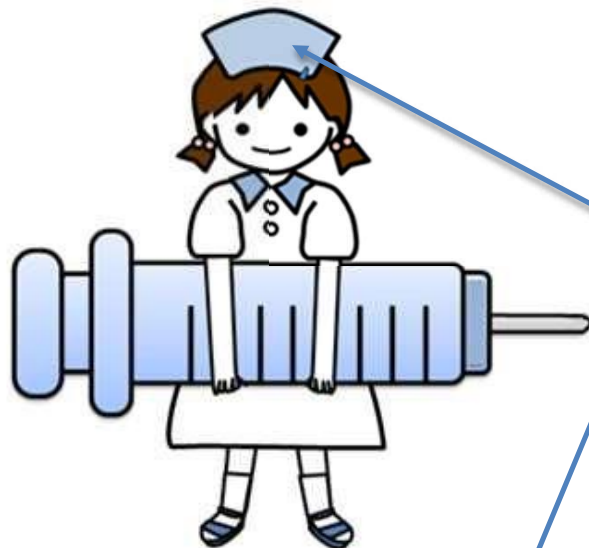
●四種混合3回目予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

●四種混合追加予診票 A4サイズ2枚綴り複写式

	●BCG中扉	色上質紙 水色
	●BCG予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●麻しん風しん1期中扉	色上質紙 オレンジ色
	●麻しん風しん1期予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●水痘中扉	色上質紙 ピンク色
	●水痘1回目予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●水痘2回目予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●日本脳炎1期中扉	色上質紙 藤色
	●日本脳炎1期1回目予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●日本脳炎1期2回目予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●日本脳炎1期追加予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●麻しん風しん2期中扉	色上質紙 オレンジ色
	●麻しん風しん2期予診票	A4サイズ2枚綴り複写式
	●下地兼紙	
7 校 正	2回校正	
8 納 入 場 所	草加市健康づくり課（保健センター）	
9 支 払 方 法	納入確認後一括払い	
10 そ の 他	（1）仕様書に定めない事項については、担当課と協議をして、決定すること。 （2）業務上知り得た事項を漏らしてはならないこと。 （3）草加市環境マネジメントシステムに基づく取り組みに協力すること。 （4）草加市政における公正な職務執行の確保に関する条例（平成19年条例第16号）第6条及び草加市が締結する契約からの暴力団排除措置要領（平成8年告示第155号）第9条の規定に基づき、次の事項を遵守すること。 ①受注者及び受注者の下請業者が、不当要求行為を受けた場合又は不当要求行為による被害を受けた場合、若しくは被害が発生するおそれがある場合は、市長に報告するとともに所轄の警察署に通報すること。 ②受注者は、市および所轄の警察署と協力し、不当要求行為の排除対策を講じること。	
11 問い合わせ先	草加市健康づくり課（保健センター） 古屋 電話 048-922-0200 FAX 048-922-1516	

(別添様式)

予防接種予診票綴り



鮮やかな黄色で
塗りつぶし

◎小学校入学前まで使用します。大切に保管しましょう。
◎草加市以外へ転出した場合は、この予診票は使用できませんので、
転出先の市町村にお問い合わせください。
草加市以外へ転出した後、この予診票を使って接種した場合は、自己負担となりますのでご注意ください。

お子様の名前	
生年月日	
住 所	草加市
電話番号	
保護者氏名	

草加市 健康づくり課（保健センター）

草加市中央1-5-22

電 話 048 - 922 - 0200

F A X 048 - 922 - 1516



◆◇ 予防接種スケジュール ◇◇

標準的な接種期間

定期接種として定められている期間

接種の対象年齢

令和4年1月 現在

予防接種の種類			対象年齢	接種間隔・回数	0か月	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳
定期 予 防 接 種	ロタウイルス (生ワクチン)	1価	生後6週から 24週未満	4週間の間隔をあけて2回			①	②																
		5価	生後6週から 32週未満	4週間の間隔をあけて3回			①	②	③															
					初回(①)は、 14週6日を過ぎない ように接種！！																			
	B型肝炎 (不活化ワクチン)		1歳未満	①ー②: 27日以上の間隔をあけて2回 ③: ①ー③の間は139日以上の間隔をあけて1回			①	②					③											
	ヒブ(インフルエンザ菌b型) (不活化ワクチン)		生後2か月から 5歳未満	初回(①ー③): 生後12か月に至るまでに27日以上 の間隔をあけて3回 追加(④): ③ー④の間は7か月以上の間隔をあけて			①	②	③									④						
	小児用肺炎球菌 (不活化ワクチン)		生後2か月から 5歳未満	初回(①ー③): 生後24か月に至るまでに27日以上 の間隔をあけて3回 追加(④): ③ー④の間は60日以上あけて1歳過ぎ てから			①	②	③									④						
	四種混合(DPT+ポリ オ) (不活化ワクチン)		生後3か月から 7歳6か月未満	初回(①ー③): 20日以上の間隔をあけて3回 追加(④): ③ー④の間は6か月の以上の間隔を あけて				①	②	③								④					7才半	
	BCG (生ワクチン)		1歳未満	1回							①													
任意 接 種	MR(麻しん風しん混合) (生ワクチン)		1期: 1歳から2 歳未満 2期: 小学校入 学の1年間	1回 1回													1期				2期			
	水痘(水ぼうそう) (生ワクチン)		1歳から 3歳未満	3か月以上の間隔をあけて2回														①	②					
	日本脳炎1期 (不活化ワクチン)		生後6か月から 7歳6か月未満	初回(①ー②): 6日以上あけて2回 追加(③): ②ー③の間は6か月以上あけて																①②	③		7才半	
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) (生ワクチン)		1歳以上	※小児科学会では2回接種を推奨 他の予防接種は27日以上の間隔をあける																				
インフルエンザ (不活化ワクチン)		生後6か月から	2回 2～4週の間隔をおいて2回 (4週間おくことが望ましい)																					
乳幼児健康診査					0か月	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳

4か月児健診です！
首はすわったかな？

10か月児健診です！
おすわりはどうか？

1歳7か月児健診です！
しっかり歩けるようになったかな？

3歳3か月児健診です！
目と耳の検査があります

も く じ

◎予防接種予診票綴りの使い方	【1】
◎予防接種の受け方	【1】
◎予防接種を受ける前の注意事項	【2】
◎異なる予防接種の接種間隔が変わりました！	【3】
◎ロタウイルス予防接種について ロタウイルス予防接種予診票(1回目・2回目・3回目(ロタテック(5 価)のみ))	【4】
◎B型肝炎予防接種について B型肝炎予防接種予診票(1回目・2回目・3回目)	【5】
◎ヒブワクチン予防接種について ヒブワクチン予防接種予診票(1回目・2回目・3回目・追加)	【6】
◎小児用肺炎球菌予防接種について 小児用肺炎球菌予防接種予診票(1回目・2回目・3回目・追加)	【7】
◎四種混合(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)予防接種について 四種混合予防接種予診票(1回目・2回目・3回目・追加)	【8】
◎BCG予防接種について BCG予防接種予診票	【9】
◎麻しん風しん混合 1 期予防接種について 麻しん風しん予防接種予診票(1期)	【10】
◎水痘(水ぼうそう)予防接種について 予防接種予診票(1回目・2回目)	【11】
◎日本脳炎1期予防接種について 日本脳炎予防接種予診票(1期1回目・1期2回目・1期追加)	【12】
◎麻しん風しん混合2期予防接種について 麻しん風しん予防接種予診票(2期)	【13】

*この綴りの内容は、令和4年2月現在のものです。

***** 予防接種綴りの使い方 *****

1. この綴りの表紙にお子様の名前、生年月日、住所、電話番号、保護者氏名を記入しましょう。
2. 予診票は複写式になっています。各種予防接種を受ける際に必ず1セットずつ切り離してご使用ください。
3. 各種予防接種を受ける際には、あらかじめ保護者が責任を持って太枠内を記入し、左上に同封の名前シールを貼って、医療機関にお持ちください。
4. 予防接種の種類および接種回数に合わせた予診票を使用してください。
5. この綴りは小学校へ入学するまで使用します。なくさないように大切に保管しましょう

※ 日本脳炎2期・二種混合は標準接種時期に通知します。

***** 予防接種の受け方 *****

1. 予防接種を受ける前に、『予防接種と子どもの健康』（冊子）をよく読んでから予診票を記入しましょう。
2. 予防接種を受けるときは、必ず母子健康手帳・予診票・健康保険証など住所の確認できる物を持参しましょう。
3. 予防接種はお子さんの健康状態がよい時に受けましょう。
4. 予防接種を受けるときは、必ず保護者が同伴しましょう。
5. 予防接種は接種間隔を守って受けてください。接種間隔は『予防接種と子どもの健康』（冊子）を参照してください。
6. 接種対象年齢（月齢）内で接種してください。対象年齢外での接種となってしまった場合、接種費用は自己負担となりますのでご注意ください。

＊ ＊ ＊ ＊ 予防接種を受ける前の注意事項 ＊ ＊ ＊ ＊

1. 明らかに発熱をしている場合（37.5℃以上）、重篤な急性疾患にかかっていることが明らかなお子さんは、予防接種を受けることはできません。
2. 受ける予定の予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシー症状（けいれんや呼吸困難）などを起こしたことがあることが明らかなお子さんは予防接種を受けることができません。
3. 予防接種を受けた後30分程度は、病院でお子さんの様子を観察するか、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
4. 接種後1週間は副反応の出現に注意しましょう。また、副反応など心配がある場合は、接種した医療機関を受診しましょう。
5. 接種部位は清潔に保ちましょう。入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
6. 接種当日ははげしい運動はやめましょう。
7. 接種時に市外へ転出されている場合は、草加市の予診票は使用できません。転入先の保健センターなどにお問い合わせください。



令和2年10月から

ロタウイルスワクチンの定期接種化に伴い、接種が必要なワクチンがさらに増えるため、確実に接種機会を確保する観点から、接種間隔の規定が改正されました。

異なる

予防接種の接種間隔が変わりました！

- 予防接種で使うワクチンには、生ワクチンと不活化ワクチンがあります。
- 異なった種類のワクチンを接種する場合の接種間隔が変更になりました。
- 同じワクチンについては、定められた間隔で接種することが必要なため、必ず、医師とよく相談の上、予防接種を受けてください。

制限あり

接種ワクチン

注射 生ワクチン

BCG・MR・麻しん・風しん
水痘・おたふくかぜ



27日以上
あける

次に接種する異なるワクチン

注射 生ワクチン

制限なし

接種ワクチン

注射 生ワクチン

次に接種する異なるワクチン

経口生ワクチン

不活化ワクチン

制限なし！

経口 生ワクチン

ロタウイルス



制限なし！

注射生ワクチン

不活化ワクチン

B型肝炎・Hib・肺炎球菌・4種混合
日本脳炎・ヒトパピローマウイルス
インフルエンザ

不活化ワクチン

◆電子母子健康手帳モバイルサービス

お子さんに合った予防接種の時期をお知らせしてくれる機能がありますので、ぜひ「電子母子健康手帳モバイルサービス」をご活用ください。
お子さんの生年月日等を登録するだけでご利用できます。



接種期間など詳しくは『予防接種と子どもの健康』を参照してください。

●お問い合わせ●

草加市健康づくり課（保健センター）母子保健係

草加市中央1丁目5番22号 電話 (922) 0200 FAX (922) 1516

§ § § ロタウイルス予防接種について § § §

1. ロタウイルスについて

口から侵入したロタウイルスが腸管に感染して発症します。感染力が非常に強く、手洗いや消毒などをしっかりしても、感染予防をすることが難しいため、乳幼児のうちに、ほとんどの子どもが感染します。

初めてロタウイルスに感染した時は、特に重症化しやすく、まれに脳や腎臓に影響をおよぼすこともあり、注意が必要です。生後すぐに感染する場合があるので、ワクチンの接種は、早い時期に完了させることが大切です。

2. 接種期間

*** 初回は14週6日を過ぎないように接種(腸重積症※の発生リスクが高まるため)***

ワクチン名	ロタリックス(1価)	ロタテック(5価)
接種期間	出生6週から24週になる日まで	出生6週から32週になる日まで
	標準的な初回接種期間としては、どちらのワクチンも生後2か月から出生14週6日後までに接種する。	
接種回数	2回接種(27日以上の間隔をあける)	3回接種(27日以上の間隔をあける)

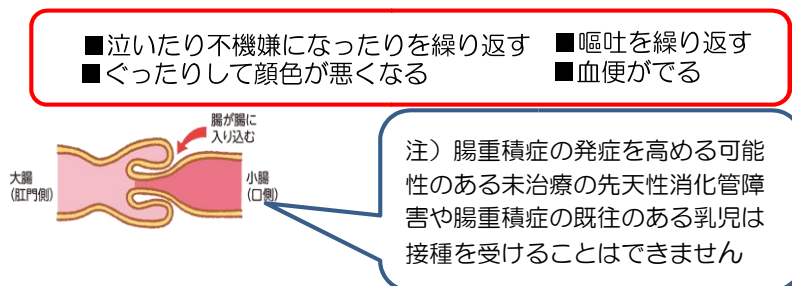
* 2種類のワクチン【ロタリックス(1価)、ロタテック(5価)】があり、どちらも飲むタイプの生ワクチンです。ワクチンの種類により接種回数が異なりますが、効果や安全性に差はありません。

特別な事情がない限り、途中で種類の変更はできませんので、最初に接種したワクチンを2回目以降も接種します。

3. ロタウイルスワクチン予防接種の副反応

ぐずり、下痢、咳や鼻水が主なものです。特に接種後1～2週間は腸重積症※の症状に注意し、症状がみられた際には、速やかに医療機関を受診してください。

※腸重積症とは、腸の一部がほかの部分に入り込んでしまう緊急性の高い病気です(下図)。腸重積症は、手術が必要になることもあります。発症後、すぐに治療すれば、ほとんどの場合、手術をせずに治療ができます。以下のような症状が1つでも見られた場合は、腸重積症が疑われるため、速やかに医療機関を受診してください。



4. 他の予防接種を受ける場合

異なる種類(ロタウイルス以外)の予防接種との接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種はできませんのでご注意ください

ロタウイルス予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

保健センター控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数のワクチンの種類を○で囲み、
□にレを入れてください。

1回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	2回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	3回目 ロタテック(5価)のみ※
	1回目の接種日: 月 日	2回目の接種日: 月 日
□出生14週6日後を過ぎていませんか		□前回より27日以上の間隔があいていますか。 □前回と同じワクチンですか

接種できる期間は、

ロタリックス(1価)接種の場合:出生6週から24週になる日まで

ロタテック(5価)接種の場合:出生6週から32週になる日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (出生 週 日後)				保護者名	
住所	草加市			電話 ()	
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	
腸重積症について説明を読み、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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ	
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 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
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 ()か月頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか	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 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 予防接種の種類()	ある	ない	
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()	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方はいますか	はい	いいえ	
これまで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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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(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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名	経口接種 ロタリックス® ロタテック®	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	1価 5価 1.5ml 2ml	接種年月日 令和 年 月 日

ロタウイルス予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

医療機関控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数のワクチンの種類を○で囲み、
□にレを入れてください。

1回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	2回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	3回目 ロタテック(5価)のみ※
	1回目の接種日: 月 日	2回目の接種日: 月 日
□出生14週6日後を過ぎていませんか		□前回より27日以上の間隔があいていますか。 □前回と同じワクチンですか

接種できる期間は、

ロタリックス(1価)接種の場合:出生6週から24週になる日まで

ロタテック(5価)接種の場合:出生6週から32週になる日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生 (出生 週 日後)			保護者名		
住所	草加市			電話 ()	
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	
腸重積症について説明を読み、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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ	
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 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
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 ()か月頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか	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 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 予防接種の種類()	ある	ない	
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()	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方はいますか	はい	いいえ	
これまで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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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(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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名	経口接種 ロタリックス® ロタテック® 1価 5価	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	1.5ml 2ml	接種年月日 令和 年 月 日

ロタウイルス予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

保健センター控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数のワクチンの種類を○で囲み、
□にレを入れてください。

1回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	2回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	3回目 ロタテック(5価)のみ※
	1回目の接種日: 月 日	2回目の接種日: 月 日
□出生14週6日後を過ぎていませんか		□前回より27日以上の間隔があいていますか。 □前回と同じワクチンですか

接種できる期間は、

ロタリックス(1価)接種の場合:出生6週から24週になる日まで

ロタテック(5価)接種の場合:出生6週から32週になる日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (出生 週 日後)			保護者名	
住所	草加市			電話 ()
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	
腸重積症について説明を読み、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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ	
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 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
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 ()か月頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか	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 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 予防接種の種類()	ある	ない	
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()	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方はいますか	はい	いいえ	
これまで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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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(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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名	経口接種 ロタリックス® ロタテック® 1価 5価	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	1.5ml 2ml	接種年月日 令和 年 月 日	

ロタウイルス予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

医療機関控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数のワクチンの種類を○で囲み、
□にレを入れてください。

1回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	2回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	3回目 ロタテック(5価)のみ※
	1回目の接種日: 月 日	2回目の接種日: 月 日
□出生14週6日後を過ぎていませんか		□前回より27日以上の間隔があいていますか。 □前回と同じワクチンですか

接種できる期間は、

ロタリックス(1価)接種の場合: 出生6週から24週になる日まで

ロタテック(5価)接種の場合: 出生6週から32週になる日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (出生 週 日後)			保護者名	
住所	草加市			電話 ()
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	
腸重積症について説明を読み、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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ	
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 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
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 ()か月頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか	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 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 予防接種の種類()	ある	ない	
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()	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方はいますか	はい	いいえ	
これまで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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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(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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名	経口接種 ロタリックス® ロタリックス® 1価 5価	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	1.5ml 2ml	接種年月日	令和 年 月 日

ロタウイルス予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

保健センター控

シール貼付

【3回目】(ロタテック(5価)のみ)

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数のワクチンの種類を○で囲み、
□にレを入れてください。

1回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	2回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	3回目 ロタテック(5価)のみ※
1回目の接種日: 月 日	2回目の接種日: 月 日	
□出生14週6日後を過ぎていませんか		□前回より27日以上の間隔があいていますか。 □前回と同じワクチンですか

接種できる期間は、

ロタリックス(1価)接種の場合: 出生6週から24週になる日まで

ロタテック(5価)接種の場合: 出生6週から32週になる日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	漢字	男	診察前の体温	度 分
令和 年 月 日生 (出生 週 日後)			女	接種(受診)日	令和 年 月 日
住所	草加市	※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()
保護者名					

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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
腸重積症について説明を読み、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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ
1か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()	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ
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 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません	はい	いいえ
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。	はい	いいえ
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()	はい	いいえ
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 ()か月頃	はい	いいえ
その時に熱が出ましたか	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 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 予防接種の種類()	ある	ない
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()	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方はいますか	はい	いいえ
これまで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
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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(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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名	経口接種 ロタリックス® ロタテック® 1価 5価	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	1.5ml 2ml	接種年月日 令和 年 月 日

ロタウイルス予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

医療機関控

シール貼付

【3回目】（ロタテック(5価)のみ）

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数のワクチンの種類を○で囲み、
□にレを入れてください。

1回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	2回目 ロタリックス(1価)・ ロタテック(5価)	3回目 ロタテック(5価)のみ※
1回目の接種日: 月 日	2回目の接種日: 月 日	
□出生14週6日後を過ぎていませんか		□前回より27日以上の間隔があいていますか。 □前回と同じワクチンですか

接種できる期間は、

ロタリックス(1価)接種の場合: 出生6週から24週になる日まで

ロタテック(5価)接種の場合: 出生6週から32週になる日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男	診察前の体温	度 分
	漢字		女	接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (出生 週 日後)	保護者名				
住所	草加市				電話 ()
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	
腸重積症について説明を読み、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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ	
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 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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()	はい	いいえ	
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 ()か月頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか	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 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 予防接種の種類()	ある	ない	
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()	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方はいますか	はい	いいえ	
これまで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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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(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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名	経口接種 ロタリックス® 1価 1.5ml	ロタテック® 5価 2ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認			

§ § § B型肝炎予防接種について § § §

1. B型肝炎予防接種について

B型肝炎は、B型肝炎ウイルスの感染により起こる肝臓の病気です。

ワクチンを接種することで、体の中にB型肝炎ウイルスへの抵抗力(免疫)ができます。抵抗力ができることで、一過性の肝炎を予防できるだけでなく、キャリアになることを予防でき、まわりの人への感染も防ぐことができます。

2. 接種対象者

満1歳になる前日までに3回接種

※母子感染予防のために抗HBs人免疫グロブリンと併用してB型肝炎ワクチンの接種を受ける場合は健康保険が適用されるため、定期接種の対象外となります。

＜標準接種期間＞

生後2か月から生後8か月

＜接種間隔＞

27日(4週)以上の間隔で2回

1回目から139日(20週)以上の間隔で1回

3. B型肝炎予防接種の副反応

局所症状として、接種部位に発赤、腫脹、硬結等があらわれることがあります。

全身症状の主なものとして、発熱、発疹が見られることがありますが、数日で消失するとされています。頻度はまれですが、アナフィラキシー、急性散在性脳脊髄炎※1などの重い病気にかかることがあるといわれています。

※1 自己免疫(免疫力が強すぎて自分自身の体を攻撃してしまう)という現象で起こる脳や脊髄の病気です。発熱、嘔吐(おうと)、意識がはっきりしない、手足が動きにくいなどの症状がみられます。

4. 他の予防接種を受ける場合

異なる種類(B型肝炎以外)の予防接種との接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎでの接種は自己負担となりますのでご注意ください

B型肝炎予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目
/ /	/ /	/ /

接種できる期間は、満1歳になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分	
	漢字			接種(受診)日	令和	年	月
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名			
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				電話	（ ）	

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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	
ラテックス過敏症*ですか *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。	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
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	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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
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・見合わせたほうがよい)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。			
医師のサイン又は記名押印 _____			
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) ※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 保護者のサイン _____			

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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

B型肝炎予防接種 予 診 票 （草加市）

医療機関控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目
/ /	/ /	/ /

接種できる期間は、満1歳になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生	(満 歳 か月)		保護者名		
住所	草加市	※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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	
ラテックス過敏症*ですか *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。	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
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	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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
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・見合わせたほうがよい)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。			
医師のサイン又は記名押印			
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) ※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。 保護者のサイン このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

B型肝炎予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目
／／	／／	／／

接種できる期間は、満1歳になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分			
	漢字			接種(受診)日	令和	年	月 日	
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名				
住所	草加市				電話	（ ）		

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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	
ラテックス過敏症*ですか *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。	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
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	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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
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・見合わせたほうがよい)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。			
医師のサイン又は記名押印 _____			
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) ※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。			
保護者のサイン _____			

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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

B型肝炎予防接種 予 診 票 （草加市）

医療機関控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目
/ /	/ /	/ /

接種できる期間は、満1歳になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分
	漢字			接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名		
住所	草加市				電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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	
ラテックス過敏症*ですか *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。	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
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	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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
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・見合わせたほうがよい)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。			
医師のサイン又は記名押印 _____			
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) ※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。			

保護者のサイン _____

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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

B型肝炎予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目
／／	／／	／／

接種できる期間は、満1歳になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分
	漢字			接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名		
住所	草加市				電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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	
ラテックス過敏症*ですか *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。	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
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	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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
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・見合わせたほうがよい)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。			
医師のサイン又は記名押印 _____			
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) ※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、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

B型肝炎予防接種 予 診 票 （草加市）

医療機関控

シール貼付

【3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目
/ /	/ /	/ /

接種できる期間は、満1歳になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分
	漢字			接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名		
住所	草加市				電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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	
ラテックス過敏症*ですか *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。	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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	
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	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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
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・見合わせたほうがよい)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。			
医師のサイン又は記名押印 _____			
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) ※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。			

保護者のサイン

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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.25ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月

§ § § ヒブワクチン予防接種について § § §

1. ヒブ（インフルエンザ菌b型）・肺炎球菌について

この2種類の菌は、子どもの肺炎や敗血症、細菌性髄膜炎等の重症な細菌感染症の主な原因菌です。約6割がヒブ、約3割が肺炎球菌によるもので、多くは2歳未満で発症しています。なかでも、細菌性髄膜炎は深刻な後遺症が残ることや、場合によっては死に至ることも少なくありません。

ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンにより、高い予防効果を得られることができるといわれています。

2. 接種対象者

生後満2か月～5歳の誕生日の前日まで

3. 接種間隔

接種開始年齢		初回接種回数・間隔		追加接種回数・間隔	
2か月～7か月まで	3回	生後12か月に至るまでの間に、27日以上（医師が必要と認めた場合は20日以上）、標準的には56日までの間隔をあけて		1回	初回接種終了後7か月以上、標準的には13か月までの間隔をあけて
7か月～12か月まで	2回				
1歳以上5歳まで	1回		なし		

* 7か月までとは満7か月になる前日までのことです

* 接種間隔を間違えないようにしましょう

4. ヒブワクチン予防接種の副反応

接種部位の発赤、腫脹、硬結、発熱が主なものです。また、ごくまれに、ショックやアナフィラキシー症状（けいれんや呼吸困難など）を起こす場合もあります。

5. 他の予防接種を受ける場合

異なる種類（ヒブワクチン以外）の予防接種との接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種は自己負担となりますのでご注意ください

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類 ()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予診票（草加市）

医療機関控

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市			電話	()

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類 ()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。 **保護者のサイン**
このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予 診 票 （草加市）

医療機関控

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市				電話 ()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい)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。 医師のサイン又は記名押印 _____
--

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)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 _____ 保護者のサイン
--

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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい)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。 医師のサイン又は記名押印 _____
--

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)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 保護者のサイン _____
--

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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予 診 票 （草加市）

医療機関控

【3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類 ()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい)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。 医師のサイン又は記名押印 _____
--

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)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 保護者のサイン _____

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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

【追 加】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市				電話 ()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ菌b型（Hib）ワクチン予防接種 予診票（草加市）

医療機関控

【追加】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。

保護者のサイン _____

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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

§ § § 小児用肺炎球菌予防接種について § § §

1. ヒブ(インフルエンザ菌b型)・肺炎球菌について

この2種類の菌は、子どもの肺炎や敗血症、細菌性髄膜炎等の重症な細菌感染症の主な原因菌です。約6割がヒブ、約3割が肺炎球菌によるもので、多くは2歳未満で発症しています。なかでも、細菌性髄膜炎は深刻な後遺症が残ることや、場合によって死に至ることも少なくありません。

ヒブワクチン・小児用肺炎球菌ワクチンにより、高い予防効果を得られることができるといわれています。

2. 接種対象者

生後満2か月～5歳の誕生日の前日まで

3. 接種間隔

接種開始年齢	初回接種回数・間隔		追加接種回数・間隔	
2か月～7か月まで	3回	生後24か月に至るまで(標準的には、生後12か月まで)の間に、27日以上の間隔をあけて	1回	初回接種終了後60日以上あけて、かつ1歳を過ぎて
7か月～12か月まで	2回			
1歳以上2歳まで	2回	60日以上あけて	なし	
2歳以上5歳まで	1回			

* 7か月までとは満7か月になる前日までのことです

* 接種間隔を間違えないようにしましょう

4. 小児用肺炎球菌予防接種の副反応

接種部位の発赤、腫脹、硬結、発熱が主なものです。また、ごくまれに、ショックやアナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)を起こす場合もあります。

5. 他の予防接種を受ける場合

異なる種類(小児用肺炎球菌以外)の予防接種との接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種は自己負担となりますのでご注意ください

小児用肺炎球菌予防接種 予 診 票（草加市）保健センター控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい)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。
医師のサイン又は記名押印

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)※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。
保護者のサイン
このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分	
	漢字			接種(受診)日	令和	年	月
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名			
住所	草加市				電話	()	

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	あった	なかった
出生後に異常がありましたか	あった	なかった
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類 ()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

小児用肺炎球菌予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

保健センター控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください。

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時			か月の時

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分	
	漢字			接種(受診)日	令和	年	月
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名			
住所	草加市				電話	()	

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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	あった	なかった
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった
出生後に異常がありましたか	ある	ない
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ
具体的な症状を書いてください()		
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ
病名 ()		
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ
予防接種の種類 (月 日)		
予防接種の種類 (月 日)		
予防接種の種類 (月 日)		
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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 ()		
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

小児用肺炎球菌予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

保健センター控

シール貼付

【3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時			か月の時

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
1か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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類 ()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証 ※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分	
	漢字			接種(受診)日	令和	年	月
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名			
住所	草加市				電話	()	

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい)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。 医師のサイン又は記名押印
--

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)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 保護者のサイン
--

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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

小児用肺炎球菌予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

保健センター控

シール貼付

【追 加】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時		か月の時	

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

小児用肺炎球菌予防接種 予 診 票 （ 草 加 市 ）

医療機関控

【追 加】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /
1回目接種時			か月の時

接種できる期間は満2か月になる前日から5歳になる前日

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話 ()

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から配られている「予防接種とこどもの健康」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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

§ § § 四種混合予防接種について § § §

(ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)

1. ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオについて

ジフテリアは、ジフテリア菌の感染によって起こる急性感染症です。かかると呼吸困難を起こして、死亡する場合があります。

百日咳は、百日咳菌の感染によって起こります。普通の風邪のような症状で始まりますが、だんだん咳がひどくなり、チアノーゼを起こしたりけいれんを起こすこともあります。肺炎や脳症などの重い合併症を起こし死亡することもあります。

破傷風は、土の中にいる破傷風菌が傷口から体内に入ることにより感染します。口唇や手足のしびれから始まり、全身のけいれんを起こすようになります。致死率の高い病気です。

ポリオは「小児まひ」とも呼ばれ、ポリオウイルスにより両手足に非対称性の弛緩性麻痺を起こす病気です。日本では1980年以降野生株ポリオ患者発生はありません。しかし、アフリカ・東南アジアの一部の地域では、依然としてポリオが発生しています。

2. 接種期間

生後満3か月になる前日から7歳6か月になる前日まで

	接種回数	接種間隔	接種期間
1期: 初回	3回	20日以上、標準的には56日までの間隔をあけて接種する	生後3か月～ 7歳6か月になる前日
1期: 追加	1回	1期初回(3回)接種後、1年～1年半後に接種	

※接種間隔20日以上というのは、接種後3週間後の同じ曜日から接種が可能ということです。

3. 四種混合予防接種の副反応

接種部位の発赤、腫脹、硬結、発熱が主なものです。

まれに、上腕全体に及ぶような腫脹が見られることもあります。また、ごくまれに、ショックやアナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)を起こす場合もあります。

4. 他の予防接種を受ける場合

異なる種類(四種混合以外)の予防接種との接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種は自己負担となりますのでご注意ください

四種混合（DPT-IPV）予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【第1期初回 1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

四種混合（DPT-IPV）予防接種予診票（草加市）

医療機関控

【第1期初回 1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

シール貼付

【第1期初回 2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話	()
※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません					

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。 **保護者のサイン**
このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【第1期初回 2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

四種混合（DPT-IPV）予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【第1期初回 3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

【第1期初回 3回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日) 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

四種混合（DPT-IPV）予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【第1期 追加】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい)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。
医師のサイン又は記名押印
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)※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。
保護者のサイン
このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

四種混合（DPT-IPV）予防接種予診票（草加市）

医療機関控

【第1期 追加】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

DPT-IPV 1期			
1回目	2回目	3回目	追加
/ /	/ /	/ /	/ /

接種できる期間は
満3か月になる前日～満7歳6か月になる前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
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()	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
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)	はい いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日) 予防接種の種類(月 日)	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	
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 ()歳頃	はい いいえ	
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 予防接種の種類()	ある ない	
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	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

§ § § BCG予防接種について § § §

1. 結核について

結核は結核菌の空気感染により感染します。日本において結核はいまだ毎年2万人を超える人が発病しています。高齢者が多いものの、小児・若年者の感染もみられています。

結核は薬で治すことができますが、6か月以上の内服が必要です。

小児の結核発病予防には、BCGワクチン接種が有効です。

2. 接種期間

満1歳になる誕生日の前日までに1回接種
(標準接種期間 満5か月から満8か月)

3. BCG予防接種の副反応

発疹、じんましん、

接種局所の反応(接種後10日頃から接種部位の発赤、硬結、腫脹、痂皮形成)

接種側の腋窩リンパ節の腫脹

ごくまれに、ショックやアナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)

4. 他の予防接種を受ける場合

次に受ける異なる種類の予防接種が、

◆ 注射生ワクチン

(麻しん風しん混合・麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜ)の場合

・・・この予防接種を受けた日の翌日から27日以上あけて接種します。(27日以上というのは4週間後の同じ曜日から接種が可能という意味です。)

◆ 注射生ワクチン以外

(B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・四種混合・日本脳炎・ヒトパピローマウイルス・インフルエンザ)の場合

・・・接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種は自己負担となりますのでご注意ください

B C G 予 防 接 種 予 診 票 （草加市）

保健センター控

シール貼付

接種できる期間は満1歳の誕生日の前日まで
（標準接種時期 満5か月から満8か月）

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
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）	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ 月 日 ）	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類（ ）	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	規定量をBCG用 管針を用いて 経皮接種	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

B C G 予 防 接 種 予 診 票 （草加市）

医療機関控

接種できる期間は満1歳の誕生日の前日まで
（標準接種時期 満5か月から満8か月）

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男	診察前の体温	度 分
	漢字		女	接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名	
住所	草加市			電話 ()	

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	規定量をBCG用 管針を用いて 経皮接種	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

§ § § 麻しん風しん混合1期予防接種について § § §

1. 麻しん(はしか)・風しんについて

麻しん・風しんはウイルスの空気感染によって起こります。

麻しんウイルスは、非常に感染力が強く、予防接種を受けないと多くの人がかかる病気です。1歳代が最もかかりやすく、重症化して肺炎や脳炎などの合併症を起こします。そのためできるだけ早めに予防接種を受ける必要があります。

風しんウイルスは、麻しんウイルスよりも感染力は弱いですが、大人がかかると重症になることが多く、また、妊婦がかかると、胎児が風しんウイルスに感染し、高い確率で、難聴・心疾患・白内障や網膜症などの先天性風疹症候群を発症します。

2. 接種期間

＜第1期＞ 満1歳になる誕生日の前日～満2歳になる誕生日の前日までの間に1回接種

＜第2期＞ 小学校入学前(幼稚園や保育園の年長児年度)の1年間に1回接種
(冊子の最後に予診票があります)

3. 麻しん風しん混合予防接種の副反応

全身症状として、発熱、発疹が主なものです。

局所症状として、接種部位の発赤、腫脹、硬結、痛みなどです。

まれに、アナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)を起こすことがあります。

4. 他の予防接種を受ける場合

次に受ける異なる種類の予防接種が、

◆ 注射生ワクチン

(BCG・水痘・おたふくかぜ)の場合

…この予防接種を受けた日の翌日から27日以上あけて接種します。(27日以上というのは4週間後の同じ曜日から接種が可能という意味です。)

◆ 注射生ワクチン以外

(B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・四種混合・日本脳炎・ヒトパピローマウイルス・インフルエンザ)の場合

…接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種は自己負担となりますのでご注意ください

麻しん風しん混合(MR)予防接種予診票(草加市)

保健センター控

シール貼付

1期

満1歳の誕生日前日から満2歳の誕生日前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分	
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日	
令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	ある	ない	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名 ()			
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類 (月 日)			
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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 ()			
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

1期	満1歳の誕生日前日から満2歳の誕生日前日まで
----	------------------------

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分	
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日	
令和 年 月 日生 (満 歳 か月)			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	ある	ない	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名 ()			
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類 (月 日)			
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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 ()			
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

§ § § 水痘(水ぼうそう)予防接種について § § §

1. 水痘(水ぼうそう)について

水痘・帯状疱疹ウイルスの感染によって起こります。潜伏期間は約2週間で、発疹(斑点状紅丘疹から始まり、その後水疱となる)と発熱を伴って発病します。感染力が強い病気で5歳までに80%の子どもがかかるといわれています。

通常は1週間程度で治りますが、合併症としてまれに肺炎、肝炎、脳炎などを併発することがあります。

2. 接種期間

満1歳になる誕生日の前日～満3歳になる誕生日の前日までの間に3か月以上の間隔をあけて2回接種

＜標準接種期間＞

1回目 生後12か月から生後15か月の間に1回接種

2回目 1回目接種後6か月から12か月までの間隔をあけて1回接種

3. 水痘(水ぼうそう)予防接種の副反応

全身症状として、発熱、発疹が主なものです。

局所症状として、接種部位の発赤、腫脹、硬結などがあります。まれに、アナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)を起こすことがあります。

4. 他の予防接種を受ける場合

次に受ける異なる種類の予防接種が、

◆ 注射生ワクチン

(BCG・麻しん風しん混合・麻しん・風しん・おたふくかぜ)の場合

…この予防接種を受けた日の翌日から27日以上あけて接種します。(27日以上というのは4週間後の同じ曜日から接種が可能という意味です。)

◆ 注射生ワクチン以外

(B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・四種混合・日本脳炎・ヒトパピローマウイルス・インフルエンザ)の場合

…接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎた接種は自己負担となりますのでご注意ください

水痘予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目
/ /	/ /

接種できる期間は
満1歳の誕生日前日から満3歳の誕生日前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

水痘予防接種予診票（草加市）

医療機関控

【1回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目
/ /	/ /

接種できる期間は
満1歳の誕生日前日から満3歳の誕生日前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類()	ある	ない
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	はい	いいえ
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい)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。 医師のサイン又は記名押印 _____
--

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)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。 保護者のサイン _____
--

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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

水痘予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目
/ /	/ /

接種できる期間は
満1歳の誕生日前日から満3歳の誕生日前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください。

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度	分
	漢字		接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）			保護者名		
住所	草加市			電話	()

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

水痘予防接種予診票（草加市）

医療機関控

【2回目】

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、今回接種する回数に○印をつけてください。

1回目	2回目
/ /	/ /

接種できる期間は
満1歳の誕生日前日から満3歳の誕生日前日まで

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください。

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生（満 歳 か月）			保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話（ ）

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

§ § § 日本脳炎1期予防接種について § § §

1. 日本脳炎について

日本脳炎ウイルスの感染によって起こります。人から人への感染ではなく、ブタなどの動物の体内でウイルスが増殖したあと、そのブタを刺したコダカアカイエカ等が人を刺すことで感染します。6日～16日間の潜伏期の後、数日間の高熱・頭痛・嘔吐・意識障害・けいれんなどの症状を示す急性脳炎になります。

2. 接種期間

<1期> 満6か月～満7歳6か月になる前日

(標準接種時期 3歳～4歳)

初回接種 6日以上、標準的には28日までの間隔をあけて2回接種

追加接種 初回接種後6か月以上あけて、標準的には概ね1年以上あけて
1回接種

<2期> 9歳～13歳になる2日前までに1回接種

※2期は対象年齢になりましたら通知します。

3. 日本脳炎予防接種の副反応

接種部位の発赤、腫脹、硬結、発熱が主なものです。また、ごくまれに、ショックやアナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)を起こす場合があります。

4. 他の予防接種を受ける場合

異なる種類(日本脳炎以外)の予防接種との接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎた接種は自己負担となりますのでご注意ください

シール貼付

【第1期初回 1回目】

満6か月になる前日～
満7歳6か月になる前日まで

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

日本脳炎1期		
1回目	2回目	追加
/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分		
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日		
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名			
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				電話	()	

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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、本予診票が草加市に提出されることに同意します。

保護者のサイン

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	3歳未満 0. 25ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0. 5ml	医師名
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	あてはまるほうに○をつけて下さい	接種年月日 令和 年 月 日

日本脳炎予防接種予診票（草加市）

医療機関控

【第1期初回 1回目】

満6か月になる前日～

満7歳6か月になる前日まで

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

日本脳炎1期		
1回目	2回目	追加
/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでくだ

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分
	漢字			接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名		
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	（ ）	

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日)	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
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()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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	3歳未満 0. 25ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0. 5ml	医師名
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	あてはまるほうに○をつけて下さい	接種年月日 令和 年 月 日

日本脳炎予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【第1期初回 2回目】

満6か月になる前日～
満7歳6か月になる前日まで※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

日本脳炎1期

1回目

2回目

追加

/ /

/ /

/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください。

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分		
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日		
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名			
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません			電話	（ ）		

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 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 乳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 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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	3歳未満 0. 25ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0. 5ml	医師名
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	あてはまるほうに○をつけて下さい	接種年月日 令和 年 月 日

日本脳炎予防接種予診票（草加市）

医療機関控

【第1期初回 2回目】

満6か月になる前日～

満7歳6か月になる前日まで

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

日本脳炎1期		
1回目	2回目	追加
/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度	分
	漢字			接種(受診)日	令和	年
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名		
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				電話	()

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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	3歳未満 0.25ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0.5ml	医師名
Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	あてはまるほうに○をつけて下さい	接種年月日 令和 年 月 日

日本脳炎予防接種予診票（草加市）

保健センター控

シール貼付

【第1期 追加】

満6か月になる前日～
満7歳6か月になる前日まで※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

日本脳炎1期

1回目

2回目

追加

/ /

/ /

/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				電話（ ）

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发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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類 ()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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	3歳未満 0.25ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0.5ml	医師名
Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	あてはまるほうに○をつけて下さい	接種年月日 令和 年 月 日

【第1期 追加】

満6か月になる前日～
満7歳6か月になる前日まで

※母子健康手帳を確認のうえ、接種履歴を確認し、
今回接種する回数に○印をつけてください。

日本脳炎1期		
1回目	2回目	追加
/ /	/ /	/ /

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日
令和 年 月 日生（満 歳 か月）				保護者名	
住所	草加市 ※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません				電話（ ）

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
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()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
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)	はい	いいえ
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (月 日)	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
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 ()歳頃	はい	いいえ
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 予防接種の種類 ()	ある	ない
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	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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	3歳未満 0. 25ml	実施場所
製薬会社名	3歳以上 0. 5ml	医師名
Lot No (注) 有効期限が切れていないか要確認	あてはまるほうに○をつけて下さい	接種年月日 令和 年 月 日

§ § § 麻しん風しん混合2期予防接種について § § §

1. 麻しん(はしか)・風しんについて

麻しん・風しんはウイルスの空気感染によって起こります。

麻しんウイルスは、非常に感染力が強く、予防接種を受けないと多くの人がかかる病気です。1歳代が最もかかりやすく、重症化して肺炎や脳炎などの合併症を起こします。そのためできるだけ早めに予防接種を受けることが必要です。

風しんウイルスは、麻しんウイルスよりも感染力は弱いですが、大人がかかると重症になることが多く、また、妊婦がかかると、胎児が風しんウイルスに感染し、高い確率で、難聴・心疾患・白内障や網膜症などの先天性風疹症候群を発症します。

2. 接種期間

＜第2期＞ 小学校入学前(幼稚園や保育園の年長児年度)の1年間に1回接種

3. 麻しん風しん混合予防接種の副反応

全身症状として、発熱、発疹が主なものです。

局所症状として、接種部位の発赤、腫脹、硬結、痛みなどです。

まれに、アナフィラキシー症状(けいれんや呼吸困難など)を起こすことがあります。

4. 他の予防接種を受ける場合

次に受ける異なる種類の予防接種が、

◆ 注射生ワクチン

(BCG・水痘・おたふくかぜ)の場合

・・・この予防接種を受けた日の翌日から27日以上あけて接種します。(27日以上というのは4週間後の同じ曜日から接種が可能という意味です。)

◆ 注射生ワクチン以外

(B型肝炎・ヒブ・肺炎球菌・四種混合・日本脳炎・ヒトパピローマウイルス・インフルエンザ)の場合

・・・接種間隔に制限はありません。

* 令和2年10月から変更になりました。詳細は、P3「異なる予防接種の接種間隔が変わりました！」を確認してください。

接種期間を過ぎての接種は自己負担となりますのでご注意ください

麻しん風しん混合(MR)予防接種予診票(草加市)

保健センター控

シール貼付

2期

就学前年度(年長児年度)の4/1～3/31

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ	男 女	診察前の体温	度 分			
	漢字		接種(受診)日	令和 年 月 日			
令和 年 月 日生(満 歳 か月)			保護者名				
住所	草加市			電話	()		

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印

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**)※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。

保護者のサイン

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

2期	就学前年度(年長児年度)の4/1～3/31
----	-----------------------

※持参するもの 予診票・母子健康手帳・健康保険証

※体温は接種当日医療機関で測りますので記入しないでください

子どもの氏名	フリガナ		男 女	診察前の体温	度 分	
	漢字			接種(受診)日	令和 年 月 日	
令和 年 月 日生(満 歳 か月)				保護者名		
住所	草加市				電話 ()	

※接種当日、草加市に住所のない方は受けられません

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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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)	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類(月 日)	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	
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 ()歳頃	はい	いいえ	
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 予防接種の種類()	ある	ない	
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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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・見合わせたほうがよい**)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。

医師のサイン又は記名押印 _____

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**)※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。

保護者のサイン _____

このことを理解の上、本予診票が草加市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 製薬会社名 Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	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目的や重症の感染症の治療目的など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生ワクチンの予防接種の効果が十分にでないことがあります。