

予防接種予診票① パンチ項目説明書

パンチレイアウト	P1
コードマスタ	P2
三種混合予診票レイアウト	P5
二種混合予診票レイアウト	P6
麻しん風しん混合予診票レイアウト※1期、2期の場合	P7
ヒブワクチン予診票レイアウト	P8
小児用肺炎球菌予診票レイアウト	P9
子宮頸がんワクチン予診票レイアウト	P10
不活化ポリオ予診票レイアウト	P11
四種混合予診票レイアウト	P12
水痘予診票レイアウト	P13
高齢者用肺炎球菌予診票レイアウト	P14
日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳未満用)	P15
日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳以上用)	P16
B型肝炎ワクチン予診票レイアウト	P17
ロタウイルスワクチン予診票レイアウト	P18

パンチレイアウト

ファイル名	仕様書参照
形式	SJISテキスト CSV(カンマ区切り、修飾子あり(ダブルクォーテーション))
説明	当資料を元にデータパンチ作業を行うこと。

項目No.	項目名	属性	説明	例
1	接種名称	9(2)	予診票に応じた接種名称番号を入力すること。	(三種混合) 1
2	期・回数	9(2)	接種名称に応じた期・回数番号を入力すること。	(1期初回2回目) 2
3	初回接種年齢(ヒブ)	9(1)	接種名称が、「ヒブ」の場合 ※別紙「コードマスタ」参照	(1歳以上) 3
4	初回接種年齢 (小児肺炎球菌)	9(1)	接種名称が、「小児用肺炎球菌」の場合 ※別紙「コードマスタ」参照	(2歳以上) 4
5	カナ氏名	X(80)	氏名の間に全角空白を1文字入れて入力すること。	ニホン タロウ
6	性別	9(1)	1: 男、2: 女	(男) 1
7	生年月日※	9(7)	元号(3: 昭和、4: 平成、5: 令和) + 6桁日付	(平成23年8月8日) 4230808
8	ワクチンメーカー	9(2)	※別紙「コードマスタ」参照 ※ロタウイルスは「ロタリックス」であれば9 「ロタテック」であれば8	(北里) 1
9	ワクチンロット番号	X(10)		M451366
10	接種量	9(4)	※日本脳炎3歳未満及びB型肝炎は0.25ml ※ロタウイルスは「ロタリックス」であれば1.5 「ロタテック」であれば2	0.25
11	実施医療機関	N(50)	実施医療機関名を入力すること。	日本小児科医院
12	接種日※	9(7)	元号(3: 昭和、4: 平成、5: 新元号) + 6桁日付	(平成23年8月8日) 4230808
13	請求年月	9(7)	保存箱に記載のある請求年月を西暦表記で 入力すること。月が1桁の場合は、0埋めをす ること。 西暦(4桁) + 月(0埋め2桁)	(平成23年8月) 201108
14	束番号	-	(空白)	
15	予診票連番	-	(空白)	

※令和については、元号を「5」として入力を行うこと。

※西暦で記載されている場合は、和暦(元号(3: 昭和、4: 平成、5: 令和) + 6桁日付)に変換して入力すること。

コードマスタ

■ 接種名称

No.	項目名称	パンチコード
1	三種混合	2
2	二種混合	4
3	麻しん風しん混合	5
4	ヒブ	6
5	小児用肺炎球菌	7
6	子宮頸がん	8
7	不活化ポリオ	9
8	四種混合	10
9	水痘	11
10	高齢者用肺炎球菌	12
11	日本脳炎	13
12	B型肝炎	14
13	ロタウイルスワクチン	15

■ 期・回数

◎ 三種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	追加	4

◎ 二種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	2期	5

◎ 麻しん風しん混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1期	1
2	2期	2
3	3期	3
4	4期	4
5	5期	5

◎ ヒブ

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	追加	4

◎ 小児用肺炎球菌

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	追加	4

◎ 子宮頸がん

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3

◎ 不活化ポリオ

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	4回目	4

◎ 四種混合

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	4回目	4

◎ 水痘

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2

◎ 高齢者用肺炎球菌

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1

◎ 日本脳炎

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3
4	2期(4回目)	4

◎ B型肝炎

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3

◎ ロタウイルスワクチン

No.	項目名称	パンチコード
1	1回目	1
2	2回目	2
3	3回目	3

■ 初回接種年齢(ヒブ)

No.	項目名称	パンチコード
1	生後2か月～7か月未満	1
2	生後7か月～12か月未満	2
3	1歳以上	3

■ 初回接種年齢(小児用肺炎球菌)

No.	項目名称	パンチコード
1	生後2か月～7か月未満	1
2	生後7か月～12か月未満	2
3	1歳	3
4	2歳以上	4

■ ワクチンメーカー

No.	項目名称	パンチコード
1	北里	1
2	武田薬品	2
3	kmb	3
4	阪大微研	4
5	デンカ生研	5
6	日本BCG製造	6
7	ポリオ研	7
8	MSD	8
9	GSK	9
10	SP	10
11	ファイザー	11

三種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	三種混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

**ジフテリア
百日せき
破傷風**

混合予防接種

診察前の体温		度	分
回数	初回免疫(1回目・2回目・3回目)・追加免疫(4回目)		
住	札幌市	区	先
受ける人の氏名	男 女 年 月 日生		
保護者の氏名	姓	名	(満 歳 月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	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 乳幼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 具合の悪い症状を書いてください()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか(病名)	はい いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に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人はいますか	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()	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カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応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。 医師署名又は記名押印		
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) ※ここからの中どちらかを○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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署		

使用ワクチン名(注)有効期限確認	接種場所	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	接種場所	接種年月日
医師記入欄	接種年月日	年 月 日

※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カ月以内に受けた人は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

二種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	二種混合	
②	期・回数	2期	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

予診票

二種混合（ジフテリア・破傷風）健康調査票

札幌市保健所

★ お子さんの健康状態をよく観察のうえ、次の項目にあてはまるところを記入、もしくは○で囲み接種を受ける時に医療機関に提出してください。なお、今までに三種混合、または二種混合を1度も受けたことのない方は、接種前に主治医にご相談ください。

住	札幌市 区	診察前の体温	度	分
5	6	7		
受ける人の氏名	男・女	生 年	月	日
保護者の氏名		月 日	(満 歳)	か月)

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について札幌市から配られているお知らせを読みましたか	はい 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 いいいえ	
1か月以内に発熱や歯ぐき腫れ、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 いいいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい 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、免疫不全病その他の病気にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい いいいえ	
その病気を治し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 いいいえ	
そのときに熱がでましたか	はい いいいえ	
薬や食料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 予防接種の名前 ()	はい 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 ・ 見合合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後経過観察制度について、説明をしました。
医師署名又は記名押印

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、予防接種後経過観察制度などについて理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。

8 使用ワクチン名 (2) お効用説明書

9 ワクチン名

10 No.

医師記入欄

11 実施場所・医師名・接種年月日

実施場所

医師名

通年月日 年 月 日

※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接種の効果を十分に発揮することがあります。

麻しん風しん混合予診票レイアウト(1期、2期の場合)

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	麻しん風しん混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

麻しん風しん (MR) 混合ワクチン

2
＜第1期＞

住	5 札幌市 区	6	7	診療前の体温	度	分
フリガナ		男	生年			
受ける人の氏名		女	月日			
保護者の氏名		経路		(調)	職	か月)

質問事項	はい	いいえ	医師記入欄
今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明書は読みましたか			
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 乳幼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 具体的な症状を教えてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか、又は予防接種を受けましたか 病名() 予防接種名()	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名()	はい	いいえ	
これまでに麻しん風しん混合ワクチン、麻しんワクチン、風しんワクチンのいずれかを受けたことがありますか 予防接種名()	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断を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を患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(けいけん)をおこしたことがありますか () 様状	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に湿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がいますか	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がいますか	はい	いいえ	
3か月以内に結核あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	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)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の副作用救済制度について、説明をしました。
医師署名又は記名(押印)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用、重篤な副反応の可能性、予防接種の副作用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) どちらかをご記入ください。
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、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。
保護者署名

8	使用ワクチン名(注)	有効期限確認	10	接種量	11	実施場所・医師名・接種年月日
9	ワクチン名		12			実施場所
	Lot No.					医師名
	医師記入欄					接種年月日

※ガンマグロブリンは、血漿製剤の一種で、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、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

ヒブワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	ヒブ	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑧	ワクチンメーカー	10(SP)	シール記載はヒブ(サノフィパスツール)
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ヒブワクチン接種予診票

※太い線で囲まれた箇所を記入するか○で囲んでください。

診察日の体温		度	分
回数	初回接種 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種		
初回(1回目)接種年齢	生後2か月〜7か月未満 ・ 生後7か月〜生後12か月未満 ・ 1歳以上		
住所	札幌市 区		
(フリガナ) 被接種者氏名	生年月日		
接種者氏名			

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書(ウシ成分の使用に関する説明を含む。)を読み、理解しましたか。	はい いえ	
保護者の方に、お平素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。	はい いえ はい いえ はい いえ	
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 いえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 具体的な病状 ()	はい いえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 具体的な病状 ()	はい いえ	
1か月以内に寝違えや湿疹に悩まされた(ほしか)、肌しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい いえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい いえ	
生まれてから今までに特別な病状(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症)や、その他の病状にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ()	はい いえ	
また、その病状を除いてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 () 薬類	はい いえ はい いえ	
その時に熱は出ましたか。	はい 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はありませんか。 薬・食品名 ()	はい 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せんか。 予防接種名 ()	はい 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 いえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい 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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応、ウシ成分の使用、医薬品医療機器総合機構法及び札幌市予防接種事故災害補償要綱に
基づく後援について説明しました。

医師の署名または記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明(ウシ成分の使用に関する説明を含む。)を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種
することに (同意します ・ 同意しません) 。※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名

使用ワクチン名・ロット番号	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	皮下接種、0.5ml	実施機関名:
ロットNo	接種部位: 上腕伸側部 (右 ・ 左)	接種年月日: 年 月 日 時

※「10(SP)」は、10の接種/50接種を意味しています。

小児用肺炎球菌予防接種票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	小児用肺炎球菌	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
⑧	ワクチンメーカー	11(ファイザー)	シール記載は「プレベナー」
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予防接種票サンプル

小児用肺炎球菌ワクチン接種予防接種票

札幌市公費助成対象市町村

※太い線で囲まれたところを記入するかで囲んでください。

図	2	初回接種 (1回目 - 2回目 - 3回目) - 追加接種	診察時の体温	度	分
初回(4回目)接種年齢	4	生後2か月～7か月未満 - 生後7か月～生後12か月未満 - 1歳 - 2歳以上			
住所	5	札幌市 区	TEL (	7	
(フリガナ) 接種者氏名		男・女	生年月日		年 月 日
保護者氏名					

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
保護者の方には、お子様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。	はい いいえ はい いいえ	
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、体に異変の悪いところがありますか。	はい いいえ	
具体的な病状 ()	はい いいえ	
最近1か月以内に発熱にかかりましたか。	はい いいえ	
具体的な病状 ()	はい いいえ	
1か月以内に家庭や学校に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経系の病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	はい いいえ	
具体的な病名 ()	はい いいえ	
また、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書われましたか。	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。 () 医師	はい いいえ 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はありませんか。	はい いいえ	
薬・食品名 ()	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。	はい いいえ	
予防接種名 ()	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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) 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副作用、緊急事態発生時の対応法及び札幌市予防接種事故災害補償要綱に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用などについて理解したうえで、接種することに (同意します) 同意しません)。 ※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名

使用ワクチン名・ロット番号	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	皮下接種、0.5ml	11 接種機関名:
Lot No	接種部位: 上腕伸側部 (右・左)	接種年月日 年 月 日 時

この予防接種票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

子宮頸がんワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	子宮頸がん	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑥	性別	女	
⑧	ワクチンメーカー	シール記載「サーバリックス」=9(GSK) シール記載「ガーダシル」=8(MSD)	
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

札幌市公費助成対象者用

子宮頸がん予防ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれた②を記入するか○で囲んでください。

回数	② 1回目 2回目 3回目	診察前の体温	度	分
住所等	札幌市 区	1回目の接種時期	平成	年 月
(フリガナ) 被接種者氏名	〒 市 区 丁目 番 号	生年月日	⑦ 年 月 日	
保護者氏名				

質問項目	回答欄	いいえ	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な病状 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 具体的な病状 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・発育障害などの病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ()	はい	いいえ	
また、その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 () 発熱	はい	いいえ	
その時に熱は出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品、ゴム製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はありますか。 薬・食品・製品名 ()	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	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。	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 () 見合わせた方がよい () と判断します。
 接種を受ける本人(またはその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応、医薬品医療機器等法及び札幌市予防接種事故災害補償条例に基づく救済について説明しました。

医師の署名または記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種することに () 同意します () 同意しません () 。※どちらかを○で囲んでください。

保護者の署名

使用ワクチン名・ロット番号	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
⑨ メーカー名	⑪ 筋肉内接種 0.5ml	医療機関名: ()
⑨ lot No	接種部位: 上腕三角筋部	⑫ 接種年月日 年 月 日 時
	(右・左)	

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。

不活化ポリオ予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	不活化ポリオ	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑧	ワクチンメーカー	10(SP)	シール記載は「イモバックスポリオ」
⑩	接種量	0.5	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

ポリオ予防接種予診票（不活化ワクチン用）

回 数	初回免疫（ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ） ・ 追加免疫（ 4 回目 ）	診察前の体温	度	分
住 居	札幌市 区	町 番 地	番 地	
フリガ				
受ける人の氏名	男 性 年 月 日 生	女 性 年 月 日 生		
保護者の氏名				

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町村から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
お子さんは、経口生ポリオワクチンの接種を受けたことがありますか。	0 回 ・ 1 回 ・ 2 回	
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	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、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気がかかりましたか（病名）	はい いいえ	
1 か月以内に予防接種を受けましたか	はい いいえ	
予防接種の種類（ ）		
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	
近視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（ ）		
近視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	
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 ※平成24年9月1日以前のポリオワクチンの接種歴についてご確認の上、接種者が国産不活化ポリオワクチンを接種している場合には確認の上カルテ等に記載するなど記録をお願いします。
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応、ウシ成分の使用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。
 医師署名又は記名押印

医師の診察・説明（ウシ成分の使用に関する説明を含む）を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、
 接種することに（同意します・同意しません）※かつこの中のどちらかを○で囲ってください。
 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

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	皮下接種 ml	
接種部位	上腕伸側	
	（ 右 ・ 左 ）	

(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、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

四種混合予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	四種混合	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

**ジフテリア
百日せき
ポリオ
破傷風 混合予防接種**

診察前の体温 度 分

回数 ② 初回免疫（1回目・2回目・3回目）・追加免疫（4回目）

住所 ⑤ 所 札幌市 区 連絡先 ⑥ ⑦

受ける人の氏名 ⑤ 男 生 年 月 日 生 女 月 日 (満 歳 カ月)

保護者の氏名 続柄

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	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 () kg 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 乳幼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 具合の悪い症状を書いてください ()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか (病名)	はい いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師に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人はいますか	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ()	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カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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・見合わせた方がよい）と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師署名又は記名押印		
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。		
保護者自署		
⑧ 使用ワクチン名（注）有効期限確認 ⑩ 種 量	実施場所・医師名・接種年月日 ⑪	
ワクチン名	実施場所	
⑨ 医師記入欄	医師名	⑫
	接種年月日	年 月 日

水痘予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	水痘	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

水痘ワクチン接種予診票			
診察前の体温		度 分	
回 数	(1回目 ・ 2回目)		
住 所	札幌市 区		
フ リ ズ	連絡先 ☎ -		
受ける人の氏名	男 生 年 月 日生	7	
保護者の氏名	女 月 日 (満 歳 (ヵ月) か)	6	
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札幌市から配られている説明文書を読み、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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		はい	いいえ
1カ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか(病名)		はい	いいえ
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()		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人はいますか		はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ()		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カ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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応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。 医師署名又は記名押印			
保護者記入欄			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。			
保護者自署			
8 使用ワクチン名(注)有効期限確認	10 接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	皮下接種	11 実施場所	
9 医師記入欄		12 医師名	
		接種年月日 年 月 日	

※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カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

高齢者用肺炎球菌予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	高齢者用肺炎球菌	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

①札幌市提出用

太枠の中を記入してください。記入する前に「高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ」をよくお読みください。

※東日本大震災の被災者については、避難前の住所を記入してください。		診察前の体温	度	分
住 所※	札幌市	区		
フリガナ	電話番号 () —			
氏 名	5	6	7	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)

- 60歳以上65歳未満の方で、心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害等級1級又はそれに準じる障がいがある方は、身体障害者手帳（1級）又は医師の診断書を医療機関の窓口へ提出してください。
 - 生活保護世帯の方・市民税非課税世帯（世帯全員が非課税の方）で接種料金の免除を希望される場合は、「高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種のお知らせ」を御確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口へ提出してください。
- ※医療機関窓口での介護保険料段階の電話確認は行いません。所定の書類を持参していない場合は接種料金の免除を受けることはできませんのでご注意ください。

一 医療機関記入欄 確認した自己負担額免除の証明書類に○をつけ、必要事項を記入してください。	
1 介護保険料納入（特別徴収決定）通知書【保険料段階 段階】	2 生活保護受給証明書・決定（変更）通知書・医療券・介護券
3 後期高齢者医療限度額適用・標準限度額認定証【被保険者番号	】
4 後期高齢者健康診査受診券【自己負担額0円を確認、受診券整理番号	】
5 その他【具体的に記載：	】

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	は い いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について札幌市が配布している説明書を読みましたか。	は い いいえ	
肺炎球菌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	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()	は い いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	は い いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	は い いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	は い いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具合の悪い症状を書いてください。()	は い いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	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()	は い いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。病 名 ()	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言われましたか。	は い いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名 ()	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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	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がありますか。予防接種の名前 ()	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（可能・見合わせる）。 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに 予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名 又は 記名押印
---------	--

8	ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
9	メーカー名	10 ml	11 接種年月日
	Lot No	12	年 月 日

※ ゴム印を使用する場合には、2枚目にもゴム印を押してください。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望者（医師の診察の結果、予防接種が可能と判断された後に記入してください。）

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望します。
また、この予診票が札幌市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者署名
代 筆 者 署 名 被接種者との続柄 ()

※ 被接種者が自署できない場合は、代筆者が 被接種者署名・代筆者署名・被接種者との続柄 をすべて記入してください。
※ 医師・看護師等の医療従事者は代筆できません。

日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳未満用)

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	日本脳炎	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

日本脳炎ワクチン接種予診票

診察前の体温		度 分	
回数	1期初回免疫 (1回目・2回目)	1期追加免疫 (3回目)	2期 (4回目)
住所	札幌市 区		連絡先 ☎ -
フリガナ			
受ける人の氏名	男	生年 月 日	日生
保護者の氏名	女	月 日	(調 査 期 間)
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札幌市から配られている説明文書を読み、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 乳幼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 あった	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か月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病 気の人がいきましたか (病名)		はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()		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人はいますか		はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ()		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
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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師の署名又は記名押印			
保護者記入欄			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、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。 この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意 します。			
保護者自署			
8 使用ワクチン名 (注)有効期限	10 接 種 量	11 実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名		札幌市 区	
9 医師記入欄		接種年月日 年 月 日	

※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、水痘ワクチンなど生ワクチンの予防接種の効果が十
分に出ないことがあります。

日本脳炎ワクチン予診票レイアウト(13歳以上用)

※13歳未満用と予診票の色は異なるが、パンチ項目は同様

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	日本脳炎	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

日本脳炎ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で開んでください。

回数		2		診察前の体温		度		分	
期初回免疫 (1 回目 - 2 回目)				1 期追加免疫 (3 回目)		2 期 (4 回目)			
住 所		札幌市 区		連絡先		—			
(フリガナ) 被接種者氏名		5		6		7			
保護者氏名 ^{※1}				続柄					
				男 女		生 年 月 日 月 日 (満 歳 か月)			

※1 接種を受ける人が既婚の場合には、記載する必要はありません。

質問項目	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読みましたか	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な病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か月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、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。 予防接種名 ()	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	
また、その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
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はありますか	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ()	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性 (生理が遅れているなど) はありますか	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 () 見合わせた方がよい () と判断します。 保護者 (接種を受ける者が既婚者の場合は本人) に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。 医師の署名または記名押印	

保 護 者 記 入 欄	
保護者が 同伴する場合 (受ける者が 既婚の場合)	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)。 ※どちらかを○で開んでください。 この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。 保護者 (接種を受ける者が既婚の場合は本人) 自署
保護者が 同伴しない場合	※説明書のウラ面の保護者自署欄にも署名してください。 あなたのお子さんの病歴、健康状態、接種当日の体調等を考慮した上で、接種することに同意しますか (同意します・同意しません)。 ※どちらかを○で開んでください。 この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。 保護者自署

8	接種量	10	実施場所・医師名・接種年月日	11
9	記入欄	ml	実施場所	12
			接種年月日 年 月 日	

B型肝炎ワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	B型肝炎	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

B型肝炎ワクチン接種予診票

2		接種前の体温		度 分	
回数	1回目	2回目	3回目		
住 居	札幌市 区	6	連絡先	-	7
受ける人の氏名	男 生 年 月 日 生		女 月 日 (満 歳 か月)		
保護者の氏名	姓 名		姓 名		
問 題 事 項				回 答 欄	
今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読み、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 () kg					
分娩時に鼻管がありましたか				あった なかった	
出生後に鼻管がありましたか				あった なかった	
乳幼児検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				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か月以内に家族や友達に麻疹 (はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか (病名)				はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか				はい いいえ	
予防接種名 ()					
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	
その病気を除で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人はいますか				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	
予防接種名 ()					
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	
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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。医師の署名又は記名押印					
保護者記入欄					
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、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。この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。					
保護者自署					
8	使用ワクチン名 (注) 有効期限	10	接種量	11	実施場所・医師名・接種年月日
9	ワクチン名		実施場所		
	Lot No.		医師名		
	医師記入欄		接種年月日	年 月 日	12

*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9～11か月以内に受けた方は、木酢ワクチンなど生ワクチンの予防接種の効果に十分に出ないことがあります。

ロタウイルスワクチン予診票レイアウト

■パンチ固定情報

No.	項目名	パンチ内容	備考
①	接種名称	ロタウイルスワクチン	
③	初回接種年齢(ヒブ)	(空白)	
④	初回接種年齢(小児肺炎球菌)	(空白)	
⑬	請求年月	保存箱に記載	

■予診票サンプル

住所		区		診療前の体重		度		分	
〒		札幌市		6		—		—	
フリガナ		氏名		7		令和		年 月 日 生	
受ける人		男		女					
保護者の氏名		氏名		氏名					
接種日を記入してください				1回目		2回目		3回目	
ロタリックス (1価) 最終期限 出生24週0日後まで				月 日		月 日		月 日	
ロダゲック (5価) 最終期限 出生32週0日後まで				月 日		月 日		月 日	
1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか。また、前回接種から27日以上の間隔が空いていることを確認しましたか。(医療機関の方がご確認ください)									
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札幌市から配られている説明書を読み、理解しましたか				はい		いいえ			
副作用について説明を受け(または札幌市からの説明書を読み)、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 () kg				分娩時に異常がありましたか		あった		なかった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか				出生後に異常がありましたか		あった		なかった	
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 ()				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か月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気がいましたか 病名 ()				はい		いいえ			
1か月以内に予防接種を受けましたか				はい		いいえ			
予防接種名 () 受けた日 ()				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腸弛緩症がありますか。 ※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、今までに先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、血球、脳神経、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 () 月頃				はい		いいえ			
そのとき熱が出ましたか				はい		いいえ			
嘔吐や食品や皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか				はい		いいえ			
薬・食品名 ()				はい		いいえ			
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいいますか				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せんか				はい		いいえ			
予防接種名 ()				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いますか				はい		いいえ			
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				はい		いいえ			
薬剤名 ()				はい		いいえ			
これまでに輸血また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 () 見合わせた方がよい () と判断します。									
保護者に対して、予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。									
医師の署名又は記名押印									
保護者記入欄									
医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応(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。									
この予防接種が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。									
保護者自署									
使用ワクチン名(注)有効期限確認		10		接種量		実施場所・医師名・接種年月日			
ロダゲック		ロダゲック		ロダゲック		実施場所		11	
1.5mL		2mL				氏名			
9						接種年月日		12	
						令和		年 月 日	

※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、麻疹などの生ワクチンの予防接種の効果が出ないことがあります。