## 接種期間 1歳から3歳に至るまでの間(3歳のお誕生日の前日まで)

(注)有効期限が切れていないか要確認

※3歳までに2回接種を完了するためには、遅くとも生後33月までに1回目の接種が必要です。

	栃オ	トホ	7役所	F
--	----	----	-----	---

※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。

水痘	予防接種予診票  回目						市使用欄(記入禁止)							
住 所	栃木市 ※接種日に、	転出または対≨	町象年齢を	を過ぎているり	場合は、この	)予診票	票は個	吏用できません	<b>7</b> 0					
予防接種番号	※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。													分
フリガナ	<del>                                     </del>											/×		
受ける人の氏名	男 ・ 生年月日 令和										年		月	日
						3	女		( )	茜		歳	か月	)
保護者の氏名 電話番号 回答欄 医師記入欄														
9日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。													医師言	己入欄
7	· <u> </u>					)` <sub>0</sub>				はい	_	いいえ		
これまでに水痘(み			かかり				歳		月頃)	はい	`	いいえ	ļ	
お子さんの発育歴に	こついておた	ずねします。		出生体重	•		-	g		_	,			
				分娩時に昇						あった		なかった		
				出生後に昇				1. 1 - 2 1 2 4		あった	-	なかった		
A D // D A - T		() ± = (			(異常がる	あると言	[わ	れたことがあ	りますか。	ある	•	ない		
今日体に具合の悪 具体的な症状を			つからく	, (					)	はい	`	いいえ		
最近1か月以内に郷											_			
病名・治った日(									)	はい	`	いいえ		
		麻しん、風しん	ん、水痘	点、带状疱疹	、おたふく	かぜな	よど	の病気の方か	いましたか。	14.				
I か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、帯状疱疹、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名・誰?(										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		
l か月以内に予防接種を受けましたか。										1+1		1 > 1 > 2		
予防接種の種類( ) 接種日( 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		
病名( )														
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。									はい	_	いいえ			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ( 歳 か月頃)									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			
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				
す防接種の種類( ) 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				
近親者に先天性免疫不全と診断されている万はいますか。 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。									_	いいえ				
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(※)の接種を受けましたか。														
Oか月以内に制皿あるいはカンマンロブリン(次)の接種を受りましたが。   ※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、 はい いいえ														
ス血液表別の一種(、										Vo. V		V · V · /L		
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								10.1		* * / / _	_			
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、副原	反応及	び予防接種	健康被害	救済制	引度	について、言	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 ( <b>同意します ・ 同意しません</b> )。 ※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、本予診票が市に提出されることに同意します。 <b>保護者自署</b>														
このことを理解	の上、本予	診祟が市に払	是出さ	れることに	同意しま	す。1	保護	者自署						
使用ワクチ	ン名	接種量		美	ぼ施場所・	医師名	1				接種	重年月日		
ワクチン名		(皮下接種)												
Lot No.									A 1-		٦ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ		اااوا	┌┐╷│
	O.5 <sub>ml</sub>										年_		]月	

(注)有効期限が切れていないか要確認

水痘	予防接種予診票 2回目						市使用欄(記入禁止						
住所													
予防接種番号										度		分	
フリガナ													
受ける人の氏名												日	
						又		( )	苘	歳	か月〕	)	
保護者の氏名 電話番号													
今日受ける予防接続	種について、	市から配られている	説明書を読	長みました	たか。				はい	いいえ			
これまでに水痘(み	ずぼうそう)	や帯状疱疹にかか	りましたか。り	り患日(		蒝	え か	月頃)	はい	いいえ			
お子さんの発育歴し	についておた	ずねします。	出生体重	<u>i</u> (		)	g						
			分娩時に	異常がる	ありまし	したか。			あった	なかった			
			出生後に	異常がる	ありまし	したか。			あった	なかった			
				で異常	がある	と言わ	れたことがあ	りますか。	ある	ない			
今日体に具合の悪 具体的な症状を			?(					)	はい	いいえ			
最近1か月以内にタ	病気にかかり	ましたか。							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・治った日( 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、帯状疱疹、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか												
病名·誰?(										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。   か月以内に予防接種を受けましたか。										いいえ			
	予防接種の種類( ) 接種日( 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。       はい いいえ         病名(       )													
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。										いいえ			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ( 歳 か月頃)										いいえ			
そのとき熱が出ましたか。										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			
予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。									+ 7	4			
予防接種の種類( )									ある	ない			
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。									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			
6か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。													
※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。									はい	いいえ			
この注射を3~6か	ハ月以内に受け	けた方は、麻しんなどの	の予防接種の	効果が-	十分に	出ない	ことがあります。						
今日の予防接種に	ついて質問か	<b>バありますか。</b>							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。													
<b>医師署名又は記名押印</b> 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、													
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埋解した上て、 接種することに ( <b>同意します ・ 同意しません )。</b> ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。													
接種することに ( <b>同息します ・ 同息しません</b> )。 ※かっこの中のとららかを〇(囲ん(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、本予診票が市に提出されることに同意します。 <b>保護者自署</b>													
使用ワクチ		接種量		実施場所				I	+3	接種年月日			
度用ソクナ	✓ 40		Э ————————————————————————————————————	大心场片	小 区	中心			13	女性十月 日			
ワクチン名		(皮下接種)							. —			_,	
Lot No.		ا م ا						令和	年	.	月	日	
		0.5 <sub>ml</sub>						※(例)3月	上	世人 [02		ださい	
(注)有効期限が切れてい	ハないか要確認	1						水 (17リノ3月 (	に女性した	/物 ロ、 U3」	こ記入し(く	ハこさい。	