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）
※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。

栃木市役所
臨時

水痘　予防接種予診票	1回目	市使用欄（記入禁止）

住　所	栃木市　　町 ※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。			
予防接種番号	□□□□□□□□□□	診察前の体温	度　　分	
フリガナ		男・女	生年月日	令和□□年□□月□□日 （満　　歳　　か月）
受ける人の氏名				
保護者の氏名		電話番号		

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説明書を読みましたか。	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。り患日（　　歳　　か月頃）	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします。　出生体重（　　）g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があると言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。いつから？（　　） 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・治った日（　　）	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、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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 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	
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	
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	
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**　）。　※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
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。　**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 Lot No. **(注)有効期限が切れていないか要確認**	**(皮下接種)** **0.5ml**		**令和□□年□□月□□日** ※（例）3月に接種した場合、「03」と記入してください。

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）

栃木市役所
臨時

水痘　予防接種予診票	2回目	市使用欄（記入禁止）

住　所	栃木市　　町 ※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。		
予防接種番号		診察前の体温	度　　分
フリガナ		男・女	生年月日　令和　年　月　日 （満　　歳　　か月）
受ける人の氏名			
保護者の氏名		電話番号	

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説明書を読みましたか。	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。り患日（　　歳　　か月頃）	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします。　出生体重（　　）g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があると言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。いつから？（　　） 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・治った日（　　）	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、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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 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	
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	
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	
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**　）。　※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。

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。　**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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 0.5ml		令和　年　月　日 ※（例）3月に接種した場合、「03」と記入してください。