

受診する際は母子手帳をお持ちください

予防接種相談票（初診）

受診される方の氏名：

ご本人以外が記入する場合：

続柄

1. 当センターで予防接種を希望する理由をお書き下さい。

- シナジスを接種したい 特別な事情があり、定期・任意接種のワクチンを接種したい
 海外渡航に際し必要なワクチンを接種したい 英文の予防接種証明書のみ希望する
 移植後等のワクチン接種の打ち直しをしたい
 その他

2. 通院中の疾患や免疫抑制剤の内服があれば記載してください。

3. 今までに輸血や免疫グロブリンの投与を受けたことはありますか。

- 輸血 免疫グロブリン (当院以外で受けた方) 最終投与日は

4. アレルギーについて当てはまるものを選んでください。

- なし 卵 ゼラチン その他

5. 血液検査の際に使用するアルコール綿で皮膚が荒れたことはありますか。

- ない ある

6. 次の病気のうち、罹ったことがあるものはありますか。

- はしか 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ

7. シナジス接種を希望される方は、今シーズンのシナジス接種についてお答えください。

- まだ接種を開始していない
 すでに接種を開始している

1回目を接種した日：

8. 渡航者ワクチンの接種を希望される方は、接種を希望するワクチンにチェックを入れてください。

- A型肝炎 B型肝炎 狂犬病 破傷風 三種混合 ポリオ
 日本脳炎 はしか 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ
 上記以外も含めて相談したい

9. 渡航者ワクチンの接種を希望される方は、下記についてお答えください。

① 英文の予防接種証明書の作成を 希望する 希望しない

② 渡航先は 国 州・市・郡

③ 目的は 海外赴任 (本人・家族) 留学 観光

移住 帰国 一時帰国 他

④ 期間は 年 月 日 から 年 月まで

⑤ 一時帰国の予定は なし あり 頃

⑥ 予想される衛生状態 良好 不良 不明

⑦ (お子さんの場合) 現地のデイケアや教育機関へ通園・通学 あり なし

< 2枚目・裏面に続きます >

埼玉県立小児医療センター 発-1 5L 2024.5改

10. 受診するすべての方は、母子手帳を参照しワクチンを接種した日を記載してください

方法：年は西暦で数字4桁入力、月・日は数字で入力またはプルダウンで選択してください

入力例：2024/3/5（※西暦で記載）

↓ワクチン種類	1回目	2回目	3回目	4回目
ロタウイルス	/ /	/ /	/ /	/ /
B型肝炎	/ /	/ /	/ /	/ /
肺炎球菌（プレバナー）	/ /	/ /	/ /	/ /
インフルエンザ菌b型（ヒブ）	/ /	/ /	/ /	/ /
三種（ジ・百・破 [※] ）	/ /	/ /	/ /	/ /
経口生ポリオ	/ /	/ /	/ /	/ /
四種（ジ・百・破・ポ [※] ）	/ /	/ /	/ /	/ /
五種（ジ・百・破・ポ・ヒ [※] ）	/ /	/ /	/ /	/ /
B C G	/ /	/ /	/ /	/ /
麻しん・風しん混合（MR）	/ /	/ /	/ /	/ /
麻しん（単独）	/ /	/ /	/ /	/ /
風しん（単独）	/ /	/ /	/ /	/ /
水痘（みずぼうそう）	/ /	/ /	/ /	/ /
おたふくかぜ（ムンプス）	/ /	/ /	/ /	/ /
日本脳炎	/ /	/ /	/ /	/ /
二種（ジ・破 [※] ）	/ /	/ /	/ /	/ /
ヒトパピローウイルス ^{※※}	/ /	/ /	/ /	/ /
肺炎球菌多糖体 23価	/ /	/ /	/ /	/ /
不活化ポリオ（単独）	/ /	/ /	/ /	/ /
A型肝炎	/ /	/ /	/ /	/ /
破傷風	/ /	/ /	/ /	/ /
狂犬病	/ /	/ /	/ /	/ /
インフルエンザ（今シーズン）	/ /	/ /	/ /	/ /

※ ジ：ジフテリア、百：百日咳、破：破傷風、ポ：ポリオ、ヒ：ヒブ
 ※※ ヒトパピローウイルスワクチン=子宮頸がんワクチン

ご記入ありがとうございました。
 受診当日に受付27へお渡しください。

