



福島医発第856号
平成24年6月26日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

不活化ポリオワクチンの予診票の様式について

ポリオの定期接種ワクチンについては、本年4月27日に単独の不活化ポリオワクチンが薬事承認されたことを受け、本年9月1日より、ポリオの定期接種ワクチンを生ポリオワクチンから不活化ポリオワクチンに一斉に切り替えるに当たり、今般、厚生労働省により、不活化ポリオワクチンの接種を実施する際の問診に使用する予診票が作成され、各都道府県衛生主管部局宛事務連絡が発出された旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 松行眞門
会長 蒲池 壽

(地Ⅲ46)

平成24年6月20日

都道府県医師会

感染症危機管理担当理事 殿

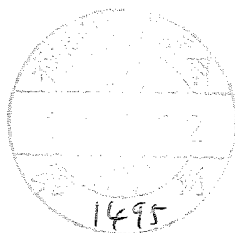
日本医師会感染症危機管理対策室長

小 森 貴

不活化ポリオワクチンの予診票の様式について

本年9月1日より、ポリオの定期接種のワクチンを経口生ポリオワクチンから不活化ポリオワクチンに一斉に切り替えるにあたり、厚生労働省により予診票の様式が作成され、各都道府県衛生主管部局宛事務連絡が発出されましたので情報提供いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会等に対する周知方について、ご高配の程よろしくお願い申し上げます。



事 務 連 絡

平成 24 年 6 月 14 日

各都道府県衛生主管部局 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

不活化ポリオワクチンの予診票の様式について

平素より予防接種行政にご協力をいただき、ありがとうございます。

本年 9 月 1 日より、ポリオの定期接種ワクチンを経口生ポリオワクチンから不活化ポリオワクチンに一斉に切り替えるに当たり、不活化ポリオワクチンの接種を実施する際の間診に使用する予診票の様式を作成いたしました。

つきましては、各市町村が不活化ポリオワクチンの予診票を作成する際の参考とされるよう、周知方よろしく願いいたします。

ポリオ予防接種予診票(乳幼児・小学生対象)

		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 所						
受ける人の氏名			男 女	生 年 月 日	平成 年 月 日生	
保護者の氏名				(満 歳 カ月)		

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	
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 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カ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	
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			

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
--

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	実施場所 医 師 名
Lot No.	m l	接種年月日 平成 年 月 日
製造番号	接種部位	

(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。