

Parents/guardians should fill in the form, including the address, name, sex, and date of birth listed on Resident Records, and answer all questions.  
住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

Please circle the answers that apply and fill in the blanks. 次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。( )にはその内容を書いてください。

**Gamma globulin** is derived from blood and can be injected as a way to prevent infections, such as Hepatitis A, or as a treatment for severe infections. Vaccinations, such as those for measles, etc., may not be as effective for those who have had an injection within the past 3-6 months.

P. 1

ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ 5種混合ワクチン予防接種予診票 (2/2)  
Vaccine Screening Questionnaire for DPT-IPV-Hib(5-in-1 vaccine) (Diphtheria/Pertussis/Tetanus/Inactivated Poliovirus/Hib)

Explanation of vaccine (説明書)



Public Foundation of Vaccination Research Center  
((公財)予防接種リサーチセンター)

Doctor use (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・見合わせたほうが良い）と判断します。

・接種を見合わせる理由（ ）

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

Parent/guardian use (保護者記入欄)

I ( agree / disagree )\* to the vaccination of my child, having undergone an exam by the doctor, as well as having heard their explanation and understood the effects and aims of the vaccine, the possibility of severe side effects, as well as the vaccine injury compensation program.  
(\*Circle one)

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）（←いずれかに○をしてください。）

This questionnaire is designed to ensure vaccination safety. I understand this and agree to the submission of this questionnaire to the City of Hiroshima.

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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

Parent/guardian signature (保護者自署)

| 使用ワクチン名              | 接種量                                                                 | 医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日                                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ワクチン名<br><br>Lot No. | 皮下接種<br>筋肉内接種      0.5mL<br><br>接種部位<br>右腕・左腕・右足・<br>左足・その他(      ) | 医療機関所在地<br>医療機関名<br>医師名<br><br><br>接種(予診)年月日      令和      年      月      日 |

(注)有効期限が切れていないか要確認  
(注)予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。