

## 1. A類疾病に係る定期の予防接種<sup>1</sup>のデジタル予診票

- ・今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。
  - －はい・いいえ
- ・今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。
  - －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。
    - －なかった・あった
  - －出生後に異常がありましたか。
    - －なかった・あった
  - －乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。
    - －ない・ある
- ・現在体に具合の悪いところがありますか。
  - －いいえ・はい 具体的な症状（                                                  ）
- ・1か月以内に病気にかかりましたか。
  - －いいえ・はい 病名（                                                  ）
- ・1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の人がいきましたか。
  - －いいえ・はい 病名（                                                  ）
- ・1か月以内に予防接種を受けましたか。
  - －いいえ・はい 予防接種の種類（                                                  ）
- ・これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。
  - －いいえ・はい 病名（                                                  ）
    - －治療（投薬等）を受けていますか。
      - －いいえ・はい
      - －その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。
        - －はい・いいえ
- ・近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。
  - －いいえ・はい
- ・ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。
  - －いいえ・はい （                  ）歳頃 又は （                  ）か月頃<sup>3</sup>
    - －そのとき熱が出ましたか。
      - －いいえ・はい
- ・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。
  - －いいえ・はい 薬・食品名（                                                  ）
- ・6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか。 <sup>4</sup>
  - －いいえ・はい

<sup>4</sup> 麻疹、風しん及び水痘の定期接種の予診票にのみ表示される。

- ・生まれてから今までに家族等身のまわりに結核にかかった人がいましたか。<sup>5</sup>  
－いいえ・はい
- ・母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことはありますか。<sup>6</sup>  
－いいえ・はい
- ・これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。  
－いいえ・はい 予防接種の種類（ )
- ・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・はい
- ・今回の予防接種について質問がありますか。  
－いいえ・はい

<sup>5</sup> 結核の定期接種の予診票にのみ表示される。

(2) ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種の場合

- ・今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。  
－はい・いいえ
- ・今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。  
－はい・いいえ
- ・今回の接種は何回目ですか。  
－１回目・２回目・３回目
- ・（２回目以降の場合）  
これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日、接種時の年齢を記入してください。<sup>7</sup>  
－１回目（ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ （ ） ・ ⑤ ）  
（ 年 月 日 歳）  
－２回目（ ① ・ ② ・ ③ ・ ④ （ ） ・ ⑤ ）  
（ 年 月 日 歳）
- ・現在体に具合の悪いところがありますか。  
－いいえ・はい 具体的な症状（ ）
- ・１か月以内に病気にかかりましたか。  
－いいえ・はい 病名（ ）
- ・１か月以内に予防接種を受けましたか。  
－いいえ・はい 予防接種の種類（ ）
- ・これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。  
－いいえ・はい 病名（ ）  
－治療（投薬等）を受けていますか。  
－いいえ・はい  
－その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。  
－はい・いいえ
- ・近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。  
－いいえ・はい
- ・ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。  
－いいえ・はい（ ）歳頃  
－そのとき熱が出ましたか。  
－いいえ・はい
- ・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。  
－いいえ・はい 薬・食品名（ ）
- ・現在妊娠している可能性（生理が予定より遅れている等）はありますか。  
（注）妊娠している人への接種には、注意が必要です。  
－いいえ・はい
- ・これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。  
－いいえ・はい 予防接種の種類（ ）
- ・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・はい
- ・今回の予防接種について質問がありますか。  
－いいえ・はい

7 質問事項に「(注1) ワクチンの種類は①2価(サーバリックス)、②4価(ガーダシル)、③9価(シルガード9)、④その他、⑤不明のうち、いずれか一つを○で囲んでください。④その他の場合はワクチンの種類も記入してください。(注2) ③9価(シルガード9)の場合、1回目を15歳になるまでに接種し、2回目を5か月以上の間隔をおいて接種する、合計2回の接種方法でも完了させることができます。(注3) 保護者又は接種を受ける人及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。記録が得られず、わからない場合には医師が「不明」と記入してください。」が表示される。

(3) ロタウイルス感染症の定期接種の場合

- 今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。
- －はい・いいえ
- 今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。
- －はい・いいえ
- 腸重積症について説明を受け、理解しましたか。
- －はい・いいえ
- 今回の接種は何回目ですか。
- (注) 1 回目の場合、接種日が出生 14 週 6 日後を過ぎていないことを確認。
- － 1 回目・2 回目・3 回目
- (2 回目以降の場合)
- これまでに接種したワクチンの種類、接種年月日を記入してください。<sup>8</sup>
- － 1 回目 ( ① ・ ② ・ ③ ( ) ・ ④ )  
( 年 月 日 )
- － 2 回目 ( ① ・ ② ・ ③ ( ) ・ ④ )  
( 年 月 日 )
- 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。
- －なかった・あった
- －出生後に異常がありましたか。
- －なかった・あった
- －乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。
- －ない・ある
- 現在体に具合の悪いところがありますか。
- －いいえ・はい 具体的な症状 ( )
- 1 か月以内に病気にかかりましたか。
- －いいえ・はい 病名 ( )
- 1 か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の人がいきましたか。
- －いいえ・はい 病名 ( )
- 1 か月以内に予防接種を受けましたか。
- －いいえ・はい 予防接種の種類 ( )
- これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。
- －いいえ・はい 病名 ( )
- －治療(投薬等)を受けていますか。
- －いいえ・はい
- －その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。
- －はい・いいえ
- ・近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。
- －いいえ・はい
- ・ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。
- －いいえ・はい ( ) か月頃
- －そのとき熱が出ましたか。
- －いいえ・はい
- ・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。
- －いいえ・はい 薬・食品名 ( )

<sup>8</sup> 質問事項に「(注1) ワクチンの種類は①1価(ロタリックス)、②5価(ロタテック)、③その他、④不明のうち、いずれか一つを○で囲んでください。③その他の場合はワクチンの種類も記入してください。(注2) 保護者及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。」が表示される。

- ・ これまでに腸重積症になったことがありますか。又は、治療を完了していない生まれつきの消化管障害がありますか。

（注）「はい」の場合、ロタウイルス感染症の予防接種は実施できません。

－いいえ・はい

- ・ 肺炎や中耳炎等の感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。

（注）「はい」の場合、ロタウイルス感染症の予防接種が実施できないことがあります。

－いいえ・はい

- ・ 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。

－いいえ・はい 薬剤名（ ）

- ・ これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。

－いいえ・はい 予防接種の種類（ ）

- ・ 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・はい

- ・ 今回の予防接種について質問がありますか。

－いいえ・はい

## 2. B類疾病に係る定期の予防接種のデジタル予診票

- ・今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。  
－はい・いいえ
- ・今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。  
－はい・いいえ
- ・現在体に具合の悪いところがありますか。  
－いいえ・はい 具体的な症状 ( )
- ・現在何か病気にかかっていますか。  
－いいえ・はい 病名 ( )  
－治療（投薬等）を受けていますか。  
－いいえ・はい
- －その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。  
－はい・いいえ
- ・1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。  
－いいえ・はい 病名 ( )
- ・1か月以内に予防接種を受けましたか。  
－いいえ・はい 予防接種の種類 ( )
- ・これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。  
－いいえ・はい 病名 ( )
- ・免疫不全と診断を受けたことはありますか。  
－いいえ・はい
- ・ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。  
－いいえ・はい
- ・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。  
－いいえ・はい 薬・食品名 ( )
- ・●●の予防接種を受けたことはありますか。<sup>9</sup>  
－いいえ・はい  
－その際に具合が悪くなったことがありますか。  
－いいえ・はい
- ・（今回の接種が2回目の場合）<sup>10</sup>  
1回目に接種したワクチンの種類、接種年月日を記入してください。<sup>11</sup>  
－ ( ① ・ ② ・ ③ ( ) ・ ④ )  
－ ( 年 月 日 )
- ・●●以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことがありますか。<sup>12</sup>  
－いいえ・はい 予防接種の種類 ( )
- ・6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか。<sup>13</sup>  
－いいえ・はい
- ・今回の予防接種について質問がありますか。  
－いいえ・はい

<sup>9</sup> ●●には接種する予防接種に応じた疾病の名称（「インフルエンザ」「肺炎球菌感染症」「新型コロナウイルス感染症」「带状疱疹」のいずれか）が表示される。

<sup>10</sup> 带状疱疹の定期接種の予診票にのみ表示される。

<sup>11</sup> 質問事項に「（注1）ワクチンの種類は①組換えワクチン（シングリックス）、②生ワクチン（ピケン）、③その他、④不明のうち、いずれか一つを○で囲んでください。③その他の場合はワクチンの種類も記入してください。（注2）接種を受ける人及び医師は、接種したワクチンの確認に努めてください。」が表示される。

<sup>12</sup> ●●には接種する予防接種に応じた疾病の名称（「インフルエンザ」「肺炎球菌感染症」「新型コロナウイルス感染症」「带状疱疹」のいずれか）が表示される。

<sup>13</sup> 带状疱疹の定期接種の予診票にのみ表示される。