

- ・腸チフス
- ・不活化ポリオ
- ・三種混合(DPT・Tdap)
- ・狂犬病(カイロラブ・ラビピュール)1回目・2回目・3回目
- ・破傷風トキソイド 1回目・2回目・3回目
- ・B型肝炎 1回目・2回目・3回目
- ・A型肝炎 1回目・2回目・3回目
- ・その他 ()

任意接種用予診票

住所		体温	度 分
(フリガナ)		電話	
接種を受ける人の 氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
保護者氏名			

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、医療者からの説明を受け理解しましたか？	いいえ はい	
今日体に具合の悪いところがありますか？ 症状を教えてください：	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？	はい いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名：	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性疾患、心疾患、免疫不全、結核、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか？ 病名：	はい いいえ	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか？	はい いいえ	
けいれん・ひきつけをおこしたことがありますか？()歳頃	はい いいえ	
そのときに熱が出ましたか？	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬・食品名：	はい いいえ	
家族の中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がありますか？ 予防接種名：	はい いいえ	
家族の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	はい いいえ	
6ヶ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何か質問はありますか？ 質問内容：	はい いいえ	

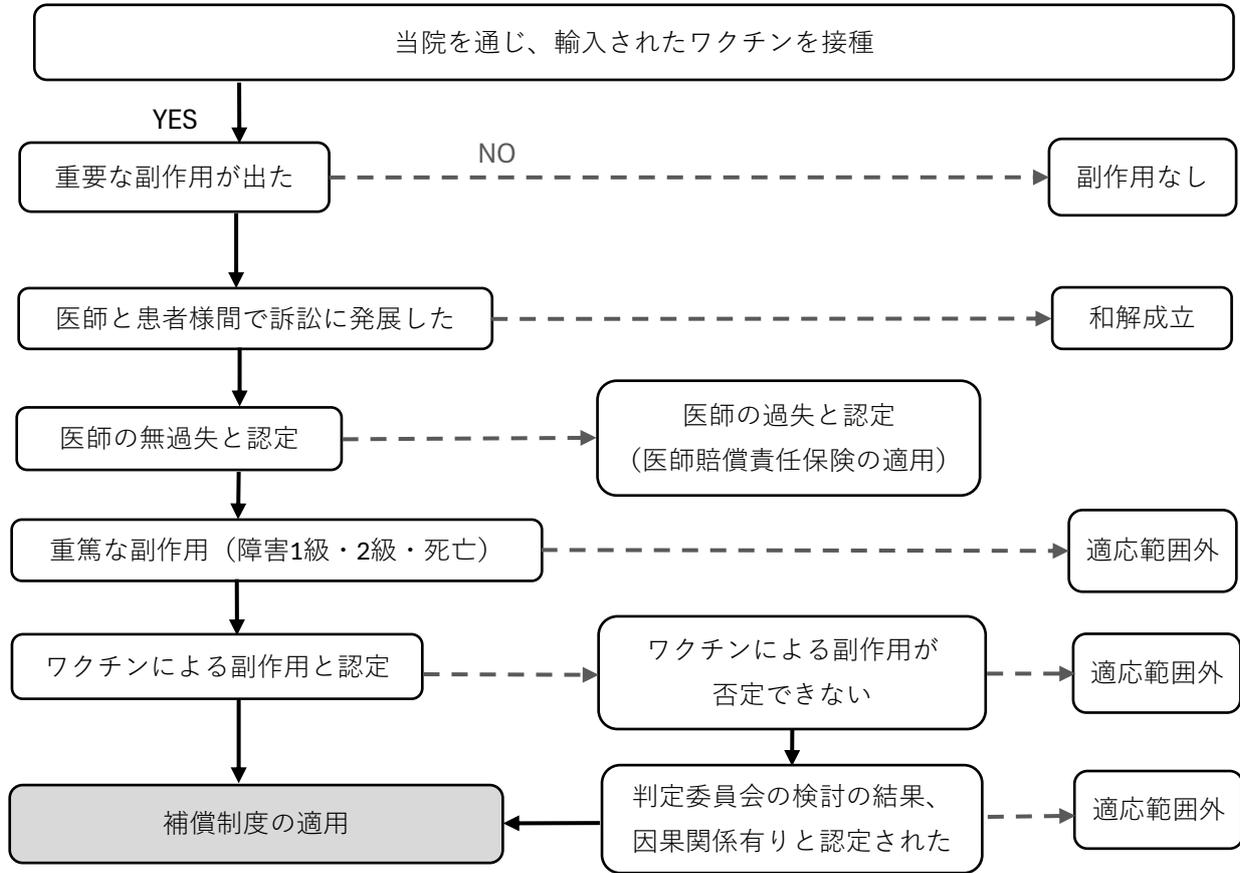
医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (接種可能 ・ 見合わせる) <div style="text-align: center;">医師のサイン</div>
-------	---

ご本人記入欄	予防接種の効果や副反応を理解した上で、接種することに同意しますか？ <div style="text-align: right;">(同意します ・ 同意しません)</div>
--------	---

使用ワクチン・ロット番号	接種場所・医師名・接種日時
	医療機関名 さくらキッズくりにつく
	医師名
	接種年月日

輸入ワクチン副作用被害救済制度

当院では、信頼できる輸入ワクチン(国内未承認ワクチン)を使用しています。当院で取り扱っている輸入ワクチンは、日本では未承認ですが海外で広く一般的に使用されているワクチンです。副作用に関しては以下の救済処置が適用されます。



国内で承認されているワクチンは、予防接種法、施行令によって健康被害に対する救済制度が確立しております。

国内未承認ワクチンについては対象外となり、医師・医療機関の経済的及び精神的負担となっております。

輸入ワクチンが適正な使用目的に従い適正に使用された場合においても生じた重篤な副作用に対して輸入ワクチンとの因果関係を否定できず、確定判決によって医師の過失が認められなかった場合において健康被害者の救済を図る目的で、補償制度を設けております。

この制度は平成19年度厚生労働省科学研究補助金(新興・再興感染症研究事業)「海外渡航者の予防接種のあり方に関する研究」における「輸入に関する未承認ワクチン副作用被害の補償制度に関する検討」(平成20年1月18日)・三輪亮寿先生ご発表)に基づいております。

【補償内容】

区分	補償内容
死亡	2,000万円
障害1級	1,000万円
障害2級	500万円

※年間補償上限額を設定しており、上限を超える場合は等級により按分されます。因果関係の認定は、確定裁判によることを原則といたします。確定裁判の得られない場合は因果関係等判定委員が行うものといたします。