

様式1 (表)

(元号) 年 月 日

愛媛県予防接種センター 御中

(F A X 089-921-0809)

診 断 結 果 に つ い て

当院で診断した結果、予防接種の実施に際し注意を要すると判断しました。

接種の種類		氏名 (イニシャル)	年 齢	歳	性 別	男・女
注意を要すると判断した理由	<p>該当する項目の番号を”○”で囲んでください。</p>					
	<p>1 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者</p> <p>2 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者</p> <p>3 過去にけいれんの既往のある者</p> <p>4 過去に免疫不全の診断がされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者</p> <p>5 接種しようとする接種液の成分に対してアレルギーを呈するおそれのある者</p> <p>6 バイアルのゴム栓に乾燥天然ゴム(ラテックス)が含まれている製剤を使用する際の、ラテックス過敏症のある者</p> <p>7 結核の予防接種にあつては、過去に結核患者との長期の接触がある者その他の結核感染の疑いのある者</p> <p>8 ロタウイルス感染症の予防接種にあつては、活動性胃腸疾患や下痢等の胃腸障害のある者</p> <p>9 その他、予防接種の判断を行うに際し注意を要する者</p> <p>コメント</p> <p>事前検査の結果なども含めて詳しく書いて下さい。</p>					

上表に記載しきれない場合は、別葉を添付してください。

医療機関名
所在地
医師名

(電話)



様式1 (裏)

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日生まれ
住 所			
電話番号			
保護者氏名			

様

医療機関名

愛媛県予防接種センターのご案内

愛媛県予防接種センターでの予防接種を予約しました。

日 時 : (元号) 年 月 日 () 午後 時 分

接種の種類 :

場 所 : 愛媛県予防接種センター

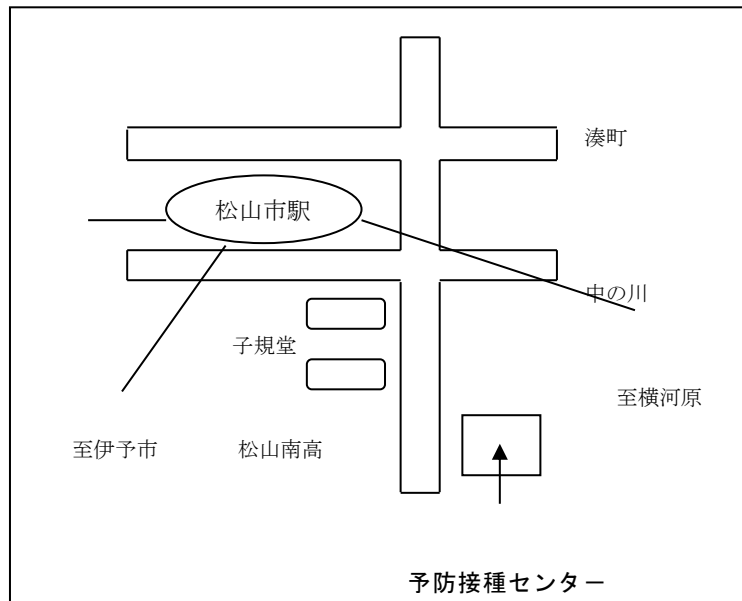
(愛媛県立中央病院小児科
松山市春日町 83
TEL089-947-1111 (内線 4191))

○当日の診察の結果、検査が必要になる場合又は接種が延期される場合があります。(一部検査が有料となる場合があります。)

○予約日に都合が悪くなった場合は、あらかじめ愛媛県予防接種センターまで連絡して下さい。

<持参するもの>

- 1 診断結果
- 2 予診票、予防接種券 (またはこれに代わるもの)
※予診票は、当日の朝記入しておいて下さい。
- 3 健康保険証
- 4 母子健康手帳



様式3

(元号) 年 月 日

様

愛媛県立中央病院長 ㊟

予防接種の実施について（報告）

このことについて、下記のとおり報告いたします。

記

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	生まれ	(歳)
住所			
電話番号			
保護者氏名			
接種の種類			

1 接種を実施しました。

接種実施日	年 月 日
接種実施場所	愛媛県立中央病院
備考	

2 接種を実施できませんでした。

(理由)

お問合せ先：愛媛県予防接種センター
(愛媛県立中央病院小児科)
TEL〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
担当：〇〇 〇〇