

# 😊 予防接種のご案内（種類・受け方・開始時期） 😊

当院では、大切なお子様を「ワクチンで防げる病気（＝VPD）」から守ってほしい…という考えのもと、予防接種をおすすめしています。

予防接種には定期接種（公費負担）と任意接種（一部助成または全額自費）がありますが、ここでは赤ちゃんがかかると重症化しやすい感染症から守るためにおすすめする予防接種をご案内します。

また、多くの種類の予防接種を適正な時期から効率よく進めていくため、

1回の来院で2～3種類の予防接種を行う同時接種もお勧めしております。同時接種は強制ではありません。

医師やご家族とよく相談して決めてください。もちろん途中で接種方法を変更することも可能です。

ご質問や不安などがありましたら、遠慮なく医師にお聞きください。

## ☆1歳半までに接種したい予防接種

開始時期	生/ 不活 化	ワクチンの種類	定期/ 任意	接種間隔など
生後6週～	生	ロタウイルス	任意	4週間以上あけて2回、シロップ薬を服用する。 生後6週～24週までに2回終了する。
生後2ヶ月～	不活化	ヒブ（インフルエンザ菌b型）	公費	4回接種。3～8週間おきに3回、3回目から1年後に4回目。
	不活化	肺炎球菌	公費	4回接種。4～8週間おきに3回、4回目は1歳～1歳3ヶ月頃に。
	不活化	B型肝炎	公費	3回接種。1回目より4週間後に2回目、 1回目より139日以降（おおむね5ヶ月後）に3回目。（公費は1歳まで）
生後3ヶ月～	生	BCG	公費	1回。スタンプ型の予防接種。（公費は1歳まで）
	不活化	四種混合（DPT+ポリオ）	公費	4回接種。3～8週間おきに3回、3回目から1年後に4回目。
生後1歳～1歳半までに1回目を	生	MR1期（はしか+風疹）	公費	計2回接種。Ⅱ期は幼稚園・保育園の年長児の1年間。
	生	みずぼうそう（水痘）	公費	計2回接種。2回目は1回目から6～12ヶ月あけて接種を。 （公費は1～2歳）
	生	おたふくかぜ	任意	計2回接種。2回目は1回目から4～5年あけて接種。

※生ワクチン接種後4週間はあらたな予防接種はできません。

不活化ワクチン接種後は1週間で次の接種ができます。

## ☆当院ではご希望の方に予防接種のスケジュールをお立てしています。内容を確認の上、☑をお願いいたします

\*スケジュールはお立てしますか？  はい  いいえ、自分で立てる

スケジュールを立てるにあたり、同時接種で良いか、任意の予防接種のご希望もお伺いしております。

\*予防接種は同時接種を行ってよろしいですか？（接種部位は両手足のいずれかになります）

同時でよい  単独接種を希望  医師と相談したい

\*ロタウイルスワクチンは希望されますか？（自費ワクチン1回16200円）

このワクチンは生後6週から24週未満のあいだに2回受けます。

受ける  受けない  医師と相談したい

\*予防接種に関する質問、不安や心配などがございましたら、ご記入ください。

この用紙は一度お預かりいたしますが、お帰りの際お返しいたします。

さいわいこどもクリニック

TEL: 042-536-7280

# 初診問診票(小学生までの方)

サマリ入力

スキャン

電話、住所

漢字

ご予約日( 年 月 日) ご予約時間( : ) 科目(乳・注・診察・登録)

ふりがな			〒( - )		
お名前		男	住所		
		女		電話	( )
生年月日	平成 年 月 日	携帯	( )		
		E-mail			

**1. 通園・通学している場合は園名、校名をお書き下さい**

( ) 保育園・幼稚園・小学校( 年) 在学中

**2. 出生時の体重 (妊娠 週・ g) 生まれた病院 ( )**

**3. 出生時の異常** ない・ある( )

**4. 乳児期の栄養法** 母乳・混合・人工・その他( )

**5. 兄弟・姉妹はいらっしゃいますか** いない・いる ( 人兄弟(姉妹)の 番目)

**6. 今までにかかった病気はありますか** いいえ・はい(かかった病気全てに○をつけてください)

突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・気管支炎・喘息  
肺炎・下痢・嘔吐しやすい・風邪ひきやすい・RSウイルス・その他( )  
ひきつけ→最終: 年 月 日、計 回、抗けいれん剤の使用: 無・有(薬名: )

**7. 入院されたことはありますか** いいえ・はい(はいの方は以下ご記入ください)

病名: いつ: 年 月 日から 日間  
→その後、定期受診はされていますか? いいえ・はい(病院名: 間隔: おき)

**8. 予防接種について (受けていない・受けたのどちらかに○と接種した回数をご記入下さい)**

BCG(受けていない・受けた)・三種混合(受けていない・受けた 回)  
ポリオ生ワクチン(受けていない・受けた 回)・ポリオ不活化ワクチン(受けていない・受けた 回)  
ヒブワクチン(受けていない・受けた 回)・肺炎球菌(受けていない・受けた 回)  
ロタ(受けていない・受けた 回)・B型肝炎(受けていない・受けた 回)  
四種混合(受けていない・受けた 回)・MR(麻しん+風疹)(受けていない・受けた 回)  
日本脳炎(受けていない・受けた 回)・二種混合(ジフテリア+破傷風)(受けていない・受けた)  
水ぼうそう(受けていない・受けた 回)・おたふくかぜ(受けていない・受けた 回)  
その他接種したもの( )

**9. 食物アレルギーの有無** ない・ある(食品名: )・わからない

**10. 薬に対するアレルギーの有無** ない・ある(薬名: )・わからない

**11. お薬は飲みますか** はい(水薬・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・わからない

**12. どのようにして当院を知りましたか**

家族がかかっている(名前: 生年月日: 昭・平 年 月 日)  
(名前: 生年月日: 昭・平 年 月 日)  
知り合いの紹介(名前: )・病院の紹介(病院名: )  
助産師の紹介・ホームページを見て・広報たちかわを見て・その他( )

以下クリニック記入欄 \*こちらには記入しないでください

2012.11.01 j02\_初診問診票(こども用)

*カルテ番号	*予約番号	*母子手帳 なし	*作成者
--------	-------	----------	------

**さいわいこどもクリニック FAX. 042-536-3458(24時間受付)**