

定期予防接種要注意児のための専門相談依頼票

令和 年 月 日

依頼先 神戸市立医療センター中央市民病院 小児科御中 FAX (078-302-2251)

Table with 4 columns: 依頼医療機関, 医療機関名, 所在地, 電話番号, 医師氏名, 依頼年月日, 令和 年 月 日, FAX.

Table with 2 columns: 住所 (神戸市 区 町・通・台 丁目 番号), 受ける人 (ふりがな, 氏名, 男・女, 生年月日, 年齢, 満 歳 カ月), 保護者の氏名, つれてきた人の氏名.

《主治医記載欄》

1. 中央市民病院で接種を希望する予防接種の種類 (○をつけてください)

- 1. ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)
2. Hib (初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加)
3. 小児肺炎球菌 (初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加)
4. B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
5. 四種混合 (DPT-IPV) (1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加)
6. 三種混合 (DPT) (1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加)
7. 不活化ポリオ (IPV) (1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加)
8. 麻しん・風しん混合 (MR) (1期 ・ 2期)
9. 麻しん (単独) または風しん (単独) (麻しん (1期・2期) 、 風しん (1期・2期))
10. 水痘 (初回 ・ 追加)
11. 日本脳炎 (1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期)
12. 二種混合 (DT) (2期)
13. ヒトパピローマウイルス (1回目・2回目・3回目)
14. BCG

※2回目以降の場合、1回目接種ワクチンは(該当に○) (ロタリックス・ロタテック)

※2回目以降の場合、1回目接種ワクチンは(該当に○) (サーバリックス・ガーダシル)

2. 令和 年 月 日に接種を見送った理由 (該当項目に○)

- 1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患または発育障害などの基礎疾患を有し、接種後の副反応の出現、接種による原病の増悪や全身状態の悪化などの危険性が高い者
2. 前回の予防接種で2日以内に発熱の見られた者、または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で、接種により同様の事態が再び出現する危険性が高い者
3. 過去にけいれんの既往のある者で、接種によりけいれんの再発や悪化の危険性が高い者
4. 過去に免疫不全の診断がなされている者
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危険性が高い者

3. 心臓血管系疾患・腎臓疾患・てんかんまたは投薬中の熱性けいれんなどの基礎疾患について

主治医の意見 ・基礎疾患名 □特になし □あり ( )

・接種に際しての注意点

□特になし □あり [ ]

4. 要事前予約 (中央市民病院小児科外来 TEL302-4321(代) (内線 3000) ※実施日時は第2・4火曜日(但し、祝日は休診)

希望日: 令和 年 月 日 最終予約日(接種予定日)は、中央市民病院からの連絡により決定します

《中央市民病院記載欄》

Table with 2 columns: 接種・接種見合わせの別, 接種年月日, 令和 年 月 日, 医師氏名, 予防接種の種類と接種量, 備考, プリックテスト ( + ・ - ) 皮内反応 ( + ・ - )