

日本脳炎予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
回数	今日受ける日本脳炎ワクチンは何回目ですか。(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目)			
住所	浦添市		電話番号	
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	()	男・女	日本脳炎ワクチン接種歴	1回目 (平成 年 月 日)
生年月日	平成 年 月 日 (満 歳 カ月)		※過去に日本脳炎ワクチンを接種したことがある方は、接種日を記入してください。	2回目 (平成 年 月 日)
保護者氏名				3回目 (平成 年 月 日)

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2	あなたの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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5	1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
6	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
7	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
8	ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (歳 カ月頃)	はい	いいえ	
	そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
9	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	はい	いいえ	
10	近親者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	
11	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
12	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	はい	いいえ	
13	6カ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	
14	今日の予防接種について質問がありますか	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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名又は記名押印 _____

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入下さい。)
ワクチン名	皮下接種： 3歳未満 0.25 ml 3歳以上 0.5 ml	実施場所：
Lot No.	接種部位： (右腕 ・ 左腕)	医師名：
(注)有効期限が切れていないか要確認	その他 ()	接種(予診)年月日： 令和 年 月 日