

# 日本脳炎予防接種予診票

◎ 該当するものを○で囲んでください。

1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 )、 1期追加、 2期

住所				
フリガナ	診察前の体温 度 分			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日	生まれ
保護者の氏名			(満 歳 か月)	

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	
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 ・分娩時に異常はありましたか。 ・出生後に異常がありましたか。 ・乳児検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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名を書いてください。( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう(水痘)、おたふくかぜなどウイルス性の病気の方がいましたか。 病名を書いてください。( )	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(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他病気)にかかり医師に診察を受けていますか。 病名を書いてください。( )	はい	いいえ	
その病気の診療担当医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 歳頃)	はい	いいえ	
そのときに熱は出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
他のお子さん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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種は受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) と判断します。  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師のサイン

予診の結果、医師が可能と判断した場合、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、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 ) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	ml	医師名
		接種年月日