

日本脳炎予防接種予診票

第1期初回(1回目 ・ 2回目) ・ 第1期追加 ・ 第2期

住 所	福岡市 区		
ふりがな 受ける人の氏名		男	生年 月 日生
保護者の氏名	電話番号 ()	女	(満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
①診 察 前 の 体 温	度 分		
②今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 ・未熟児(出生体重: g)で生まれたり、分娩時や出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
・その後の発育に異常があるといわれたことがありますか。(乳幼児健診も含めて)	ある	ない	
④今日、体に具合の悪いところがありますか。あれば○印をつけてください。 (熱、咳、鼻汁、下痢、その他)	はい	いいえ	
⑤最近1か月以内に病気にかかりましたか。あれば○印をつけてください。 (麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、突発性発しん、その他)	はい	いいえ	
⑥1か月以内に家族や遊び仲間に病気の方がいましたか。あれば○印をつけてください。 (結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他)	はい	いいえ	
⑦1か月以内に(BCG、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、その他) 1週間以内に(ヒブ、肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他) の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
⑧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、 その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていたことがありますか。 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について相談しましたか。	いいえ	はい	
・その結果、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
⑨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	
・その時に熱が出ましたか。(およそ 度 分)	はい	いいえ	
⑩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。 (卵、菜、その他)	はい	いいえ	
⑪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。病名 ()	はい	いいえ	
⑫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。 予防接種名 () 症状(熱、嘔吐、発しん、注射部位のはれ、その他)	はい	いいえ	
⑬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	
⑭今日の予防接種について質問がありますか。その内容 ()	はい	いいえ	

[医師記入欄] 診察所見 咽頭(異常なし□,) 胸部(異常なし□,) その他 ()
 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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

医師の署名又は記名押印 _____

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、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) ※かっこ内のどちらかを○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。 保護者の自署 _____

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)	医療機関名	
Lot No.	3歳以上 0.5 mL	医 師 名	
(注)有効期限がきれていないか要確認	3歳未満 0.25mL	接種年月日	令和 年 月 日