

日本脳炎予防接種予診票（1回目・2回目・追加）

受付 No.

		診察前の体温	度 分	
住 所			電話番号	378-
ふりがな			男 女	生年 月 日
受ける人の氏名				
保護者の氏名			(満 歳 ヵ月)	

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 なかった あった なかった ある ない	
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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい いいえ	
1ヵ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、医師の診察をうけていますか 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	
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	
そのとき熱が出ましたか	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	
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	
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()	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合がわる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注射を受けましたか	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(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、説明しました。 医師署名又は記名押印		

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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

日本脳炎予防接種同意書(13歳以上で保護者が同伴しない場合)

日本脳炎の予防接種において、13歳以上のお子さんが接種を受ける時に保護者が同伴しない場合は、下記の保護者自書欄に署名してください。(署名がないと予防接種はうけません。)

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や重篤な副反応発症の可能性、及び予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急連絡先