

## 日本脳炎予防接種 予診票

(市提出用)

1 期初回1 回目	1 期初回2 回目	1 期追加	2 期	診察前の体温	度	分
住 所	下野市 ( ☎ )					
ふりがな			男・女	生年月日	平成	年 月 日生
受ける人の氏名					(満	歳 か月)
保護者の氏名						

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から配られている説明書を読み、理解しましたか	いいえ	は い	
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	
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 か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( ) かかった期間 ( 月 日 ~ 月 日)	は い	いいえ	
1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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	
1 か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、現在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	いいえ	は い	
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	
そのとき熱はありましたか	いいえ	は い	
薬を飲ん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 薬・食品名 ( )	は い	いいえ	
食品(特に、ゼラチン入りのもの(ゼリー、グミ、ヨーグルト等)、卵など)を食べて、発疹やじんましんが出たり、口のまわりが赤くなったり、体の具合が悪くなったことがありますか	あ る	な い	
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がありますか 予防接種名 ( )	は い	いいえ	
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	
6か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(注)	は い	いいえ	
13歳以上の女性の方へ 現在妊娠をしている可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 接種後2か月間は妊娠をさける必要があります。	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をしました。

医師署名又は記名押印

## 保護者記入欄

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、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 ) ※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、本予診票が下野市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	(皮下接種)	医療機関 所 在 地 名 称
Lot No.	ml	接種医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		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、川崎病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か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※下野市を転出した場合は、使用できません。(接種時13歳以上で保護者が同伴しない場合は、別に同意書が必要となります。)

下 野 市