乙型肝炎疫苗　接种预诊票

本次接种以及既往接种史 ※请在本次接种的相应次数上画圈	第1次	第2次	第3次
	年　　月　　日	年　　月　　日	

请在下面粗线框内的问项中填写必要事项，并在回答栏中选择一方画上圈。

诊察前体温	度

提　问　事　项	回　答　栏		医生填写栏
1 是否已经阅读了足立区发的关于今天的预防接种的说明书？	否	是	
2 今天进行预防接种的孩子的生母，是否是乙型肝炎病毒（HBs抗原）阳性者？	是 ※	否	
3 此项询问今天进行预防接种的孩子的生长发育史。			
出生时体重（　　）g　分娩时是否有异常？	是	否	
出生后是否有异常？	是	否	
过去在接受婴儿健康检查时，是否被告知孩子有异常？	是	否	
4 今天身体是否有不适？ 请填写具体症状（　　）	是	否	
5 最近1个月内是否生过病？　病名（　　）	是	否	
6 最近1个月内在家庭成员或玩耍伙伴中，是否有患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病的人？　病名（　　）	是	否	
7 最近1个月内是否进行过预防接种？ 预防接种名（　　接种日　　/　　）	是	否	
8 从出生至今，是否因患先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症、或其他疾病，现在正在接受医生治疗？　病名（　　）	是	否	
正在治疗上述疾病的医生是否同意进行今天的预防接种？	是	否	
9 现在，是否正在使用类固醇药剂（内服）或免疫抑制剂等特殊药品？	是	否	
10 过去是否有过痉挛发作？　大约（　　）岁	是	否	
痉挛发作时是否伴有发烧？	是	否	
11 是否曾因药物、食品或天然橡胶（胶乳）制品致使皮肤发疹或身体不适？	是	否	
12 近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人？	是	否	
13 过去是否曾因预防接种产生过不良反应？　预防接种名（　　）	是	否	
14 近亲中是否有因预防接种产生过不良反应的人？	是	否	
15 您对今天的预防接种是否有疑问？	是	否	

医师記入欄

2※に該当する場合、母子感染予防に係る保険診療のため、定期予防接種の対象外であることを説明しました。

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。

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 ・ 見合わせたほうがよい ）と判断します。

医師署名又は記名押印

保护者填写栏

通过接受医生的诊察及说明，在理解了预防接种的效果、目的、有产生严重副作用的可能性，以及预防接种健康受害救济制度等情况的基础上，

（ 同意　　不同意 ） 接种。

※请在括号中选择一方画上圈。

本预诊票是以确保预防接种的安全性为目的。
我已理解上述事宜，同意把本预诊票交给区政府。

监护人亲笔签名或
陪同者签名

使用ワクチン (注)どのワクチンでも接種量は0.25ml	実施場所・接種医師名
□ ﾋﾞｰﾑｹﾞﾝ 0.25mL □ ﾋﾞｰﾑｹﾞﾝ 0.5mL □ ﾍﾌﾟﾀﾊﾞｯｸｽ-Ⅱ Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	実施場所
接種部位	接種医師名
左・右　上腕　その他（　　）	接種(予診)年月日　年　月　日