

**DPT-IPV（白喉、百日咳、破伤风、骨髓灰质炎灭活 4种混合）疫苗 接种预诊票**

这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期第1阶段第1次	第1期第1阶段第2次	第1期第1阶段第3次	第1期加强
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

请在下面粗线框内的问题中填写必要事项，并在回答栏中选择一方画上圈。

提 问 事 项	診察前体温		度
	否	是	
1 是否已阅读了足立区发的关于今天所要接种疫苗的说明书？	否	是	医生填写栏
2 此项询问关于孩子的成长发育史。 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	
婴儿健康检查时是否曾被告知有异常？	是	否	
3 今天身体是否有不适？ 请填写具体症状。( )	是	否	
4 最近1个月以内是否患过病？    病名 ( )	是	否	
5 最近1个月以内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	
6 最近1个月以内是否接种过疫苗？ 疫苗名 ( )    接種日 / ( )	是	否	
7 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，目前正在接受医生诊治？    病名 ( )	是	否	
正在诊治上述疾病的医生是否认为可以接种今天的疫苗？	是	否	
8 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	
9 过去是否曾有痉挛发作？    大约 ( ) 岁	是	否	
痉挛发作时是否伴有发烧？	是	否	
10 是否曾因药物或食品致使皮肤发疹或身体不适？	是	否	
11 近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人？	是	否	
12 过去是否曾因接种疫苗产生过不良反应？ 疫苗名 ( )	是	否	
13 近亲中是否有因接种疫苗产生过不良反应的人？	是	否	
14 您对今天的预防接种是否有疑问？	是	否	

**医師記入欄**

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・見合わせたほうがよい）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

<b>保护者填写栏</b> 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、预防接种健康被害救济制度等情况的基础上， （同意      不同意）接种疫苗。 ※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。  保护者亲笔签名 陪同者签名	使用ワクチン クアトロバック テトラビック ( ) Lot No.  (注)有効期限が切れていないか要確認 接種量 0.5ml 接種部位(皮下)	実施場所・接種医師名		
	左 上腕 右	接種(予診)年月日	年 月 日	
	その他( )			