

DT（白喉、破伤风 2种混合）疫苗 接种预诊票

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面画上圈。

	诊察前体温	度	
提 问 事 项	回 答 栏		医生填写栏
1 是否已阅读了足立区发的关于今天所要接种疫苗的说明书？	否	是	
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个月以内在家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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">医師署名又は記名押印</div>			

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、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面画上圈。 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。 保护者亲笔签名或 陪同者签名	使用ワクチン Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認 接種量 0.1ml 接種部位(皮下) 左 上腕 右 その他()	実施場所・接種医師名 実施場所 接種医師名 接種(予診)年月日 年 月 日
---	--	---