

Hib(b型流感嗜血杆菌)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次	第2次	第3次	加强
第1次接种时的月龄(年齢) 岁 个月	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	回 答 栏		医生填写栏
	是	否	
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	是	否	
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() 接种日(/)	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。
保護者または接種を受ける本人に対して、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

保護者填写栏 通过接受医生的诊断及说明，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。 保护者亲笔签名或 陪同者签名	使用ワクチン	実施場所・接種医師名	
	Lot No.	実施場所	
	(注)有効期限が切れていないか要確認	接種医師名	
	接種量	接種(予診)年月日	
	0.5 ml	年	月
接種部位(皮下)			
左 上腕			
右 その他()			