

MR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期数上画圈	第1期	第2期
	同一疫苗的第1次接种日	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面上圈。

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 最近6个月以内是否输过血或注射过丙种球蛋白(注)? ※	是	否	
15 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

保護者填写栏

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済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	接種医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認			
接種量			
0.5ml		接種(予診)年月日	年 月 日
接種部位(皮下)			
左 上腕			
右 その他()			

※(注)丙种球蛋白是一种血液制剂, 用于预防A型肝炎等感染症或治疗有严重症状的感染症等病症。
对于最近3~6个月以内注射过该制剂的人, 活性疫苗的预防接种效果有可能不能充分发挥。