

# 日本脑炎疫苗 接种预诊票

这次接种以及既往接种史 ※请在这次的接种次数上画圈 ※如属特例接种，请在“□”内画勾	特例接种	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阶段加强	第2期
	<input type="checkbox"/>	年 月 日	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 此项询问关于接种者的生长发育史。 出生时体重（ ）g 出生时体重较轻，或者在分娩时、出生后、在接受婴儿健康检查等等之际，曾被告知有异常？	有	无	
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（ ） 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 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 本问仅限女性回答。 您现在是否有已怀孕的可能性（到期未来月经等等）？	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

保护者填写栏(签名栏) 请选择一方在“□”内画勾

由保护者或代理人（陪伴者）陪伴前来 / 接种者已婚

保护者没有陪伴前来（需要另外填写同意书）

在考虑了接种者的病史、健康状态、接种当天的身体状况等情况之上，接受了医生的诊察和说明或阅读了另纸所载说明，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（接种者如果已婚则是本人）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	3歳以上 0.5ml (3歳未満 0.25ml)		
接種部位(皮下)		接種(予診)年月日	
左	上腕		
右	その他( )	年 月 日	

