

임의

소아 인플루엔자(독감) 백신 예방접종 예진표

区請求用

住所

氏名

접종 비용 중 2,000엔을 아다치구가 부담합니다.

지원금 2,000엔

※2 차 접종자는 1차 접종일을 적어주십시오			
(서기)	년	월	일
전화	()	
연령 구분	12세 이하	13세 이상	
진찰 전 체온	도 분		

아래 굵은 테두리 안의 질문 항목에 필요 사항을 기재하고, 답변란 중 하나에 ○표시를 해주세요.

질문 사항	답변란		의사기입란
1 오늘 받을 예방접종에 대해 아다치구가 배부한 설명서를 읽으셨습니까?	아니오	예	
2 당신의 자녀의 발달 과정에 대하여 질문드립니다. (초등학교 6학년 이하에 한함) 출생 체중 () g 분만시 이상이 있었습니까? 출산 후 이상이 있었습니까?	예	아니오	
유아 검진에서 이상 소견을 받은 적이 있습니까?	예	아니오	
3 태어나서 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간장, 뇌신경, 면역결핍증, 기타 질병으로 의사의 치료(투약 등)를 받고 있습니까? 병명() 해당 질병을 진료하는 의사가 오늘 예방접종을 받는데 동의했습니까?	예	아니오	
4 오늘 몸이 아픈거나 불편한 곳이 있습니까? 구체적인 증상을 적어주십시오.()	예	아니오	
5 최근 1개월 이내에 병을 앓은 적이 있습니까? 병명 ()	예	아니오	
6 최근 1개월 이내에 가족이나 친구 중에 독감, 홍역, 풍진, 수두, 유행성 이하선염 등 질병에 걸린 분이 있었습니까? 병명()	예	아니오	
7 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 예방접종 종류() 접종일 (/)	예	아니오	
8 인플루엔자(독감) 예방접종을 받은 적이 있습니까? 그 때 건강에 이상이 생긴 적이 있습니까?	예	아니오	
9 지금까지 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종명 ()	예	아니오	
10 현재 스테로이드제(내복약) 및 면역억제제 등 특별한 약을 투여 받고 있습니까?	예	아니오	
11 닭고기나 계란 등에 알레르기가 있습니까?	예	아니오	
12 약이나 음식물에 의해 피부에 발진이나 두드러기가 생기거나 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까?	예	아니오	
13 발작(경련)을 일으킨 적이 있습니까? () 살경 그 때 열이 났습니까?	예	아니오	
14 가까운 친족 중에 예방접종을 받고 건강에 이상이 생긴 분이 있습니까?	예	아니오	
15 가까운 친족 중에 선천성 면역결핍증으로 진단받은 분이 있습니까?	예	아니오	
16 오늘 예방접종에 대해 궁금한 점이 있습니까?	예	아니오	
17 (여성만) 현재 임신 중이거나 임신하고 있을 가능성이 있습니까?	예	아니오	

【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

보호자 기입란(접종 대상자가 16세 이상인 경우 본인)
 의사의 진찰 및 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 중중한 부작용의 가능성, 예방접종으로 인한 건강피해 구제 제도 등에 대해 이해한 후, 접종에
(동의합니다 · 동의하지 않습니다)
 ※괄호 안의 하나를 ○로 표시해 주십시오.
 이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 작성되었습니다. 이 점을 이해한 후, 본 예진표가 구에 제출되는 것에 동의합니다.
 보호자 및 동반자 서명
 (만 16세 이상은 본인)

使用ワクチン	実施場所・接種医師名	
Lot No.	実施機関名・住所・電話番号	
(注)有効期限が切れていないか要確認 接種量	足立区内指定医療機関のみ	
該当に☑してください □3歳以上 0.5ml □3歳未満 0.25ml		
接種部位(皮下)	接種医師名	
左 上腕 ・ 右 大腿	接種(予診)年月日	(西暦) 年 月 日