DT (디프테리아·파상풍 2종혼합) 백신 접종 예진표

아래의 굵은 선 안의 질문 항목에 필요사항을 기재하고, 회답란의 해당하는 곳에 ○표해 주세요.

진찰 전의 체온	℃

질문 사항	회 답 란		의사 기입란
1 오늘 받는 예방접종에 대해, 구에서 배부한 설명서를 읽어 보셨습니까?	아니오	예	
2 자녀분의 발육과정에 대해서 질문하겠습니다.			
출생 시의 체중 (　　) g　분만 때에 이상이 있었습니까?	예	아니오	
출생 후에 이상이 있었습니까?	예	아니오	
영유아 건강진단 때에 이상이 있다는 지적을 받은 적이 있습니까?	예	아니오	
3 오늘 몸이 아프거나 불편한 데가 있습니까? 구체적인 증상을 적어 주세요. (　　)	예	아니오	
4 최근 1개월 이내에 병을 앓은 적이 있습니까? 병명 (　　)	예	아니오	
5 1개월 이내에 가족이나 같이 노는 친구 중에, 홍역, 풍진, 수두, 유행성 이하선염 등의 병에 걸린 사람이 있었습니까? 병명 (　　)	예	아니오	
6 1개월 이내에 예방접종을 받았습니까? 예방접종명 (　　접종일　/　)	예	아니오	
7 태어나서 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간장, 뇌 신경, 면역결핍질환, 그 외의 질병에 걸려 의사의 진료를 받은 적이 있습니까? 병명 (　　)	예	아니오	
그 병을 진료를 받고 있는 의사에게 오늘 이 예방접종을 받아도 된다는 허락을 받았습니까?	예	아니오	
8 현재, 스테로이드제 (내복) 나 면역억제제 등, 특별한 약의 투여를 받고 있습니까?	예	아니오	
9 경풍 (경련) 을 일으킨 적이 있습니까? (　　) 세 경	예	아니오	
그때 발열이 있었습니까?	예	아니오	
10 약이나 음식물 등으로 피부에 발진이나 두드러기가 나거나 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까?	예	아니오	
11 근친자 중에 선천성 면역결핍증으로 진단받은 분이 있습니까?	예	아니오	
12 지금까지 예방접종을 받고 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까? 예방접종명 (　　)	예	아니오	
13 근친자 중에 예방접종을 받고 몸 상태가 나빠진 분이 있었습니까?	예	아니오	
14 오늘 받는 예방접종에 대해 질문이 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

의사의 진찰·설명을 듣고, 예방접종의 효과나 목적, 심각한 부반응의 가능성, 예방접종 건강피해 구제 제도 등에 대해 이해하였으므로, 예방접종하는 것을

(동의합니다 · 동의하지 않습니다)
※괄호 안의 해당하는 곳에 ○표해 주세요.

이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 이것을 이해하고, 본 예진표를 구에 제출하는 것에 동의합니다.

보호자 자필서명
또는 동반자 서명

使用ワクチン	実施場所·接種医師名	
Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	実施場所	
接種量 0.1ml	接種医師名	
接種部位 (皮下) 左 · 右　上 腕　その他 (　　)	接種 (予診) 年月日	年　月　日