

# 일본뇌염 백신 접종 예진표

이번의 접종 및 지금까지의 접종경력 ※이번의 접종에 「○」 표해 주세요. ※특례 접종의 경우 「☑」 를 해 주세요.	특례접종 <input type="checkbox"/>	제 1 기 첫회 1 회째	제 1 기 첫회 2회째	제 1 기 첫회 추가	제 2 기
		년 월 일	년 월 일	년 월 일	

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

질문 사항	회 답 란		의사 기입란
	진찰 전의 체온	℃	
1 오늘 받는 예방접종에 대해, 구에서 배부한 설명서를 읽어 보셨습니까?	아니오	예	
2 접종받는 분의 발육 경력에 대해 묻겠습니다, 출생시의 체중 ( ) g 태어났을 때의 체중이 적거나, 출산시, 출생후, 유아건강검진 등에서 이상이 있다는 지적을 받은 적이 있습니까?	있었다	없었다	
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 여성분께 현재 임신 가능성 (생리가 예정보다 늦어지고 있는 등) 은 없습니까?	예	아니오	
15 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 (자필서명란) 해당하는 곳에 ☑를 하주세요.  
 보호자 또는 대리인 (동반자) 이 동반하는 경우·접종 받는분이 기혼의 경우  
 보호자가 동반하지 않는 경우(별지 동의서가 필요)  
 접종받는 분의 병력·건강상태·접종당일의 컨디션 등을 고려하여, 의사의 진찰·설명을 듣고, 또는 별지 설명서를 읽고, 예방접종의 효과나 목적, 심각한 부반응의 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하고 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 (접종 받는 분의 기혼인 경우는 본인) 또는 동반자 서명

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	