

仅限在足立区内的指定医疗机构使用

任意

流行性腮腺炎疫苗预防接种预诊票

区請求用

补助金额 4,000日元

电话 ()

请在下面粗线框内的问题中填写必要信息，并在回答栏中选择一项画圈。

提问事项	回答栏		医生填写栏
	是	否	
1 您是否阅读了足立区政府分发的关于今天将要进行的预防接种的说明书?	否	是	
2 今天身体是否有不适之处? 请填写具体症状。()	是	否	
3 过去一个月内是否生过病? 疾病名称 ()	是	否	
4 过去一个月内, 家人或玩伴中是否有人患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病? 疾病名称 ()	是	否	
5 过去一个月内是否进行过预防接种? 预防接种名称 () 接种日 (/)	是	否	
6 从出生至今, 是否因患先天性异常、心脏病、肾脏病、肝脏病、脑神经疾病、免疫缺陷症或其他疾病而在接受医生的治疗? 疾病名称 ()	是	否	
治疗上述疾病的医生是否同意今天接种流行性腮腺炎疫苗?	是	否	
7 现在是否正在接受类固醇药物(口服)或免疫抑制剂等特殊药物的治疗?	是	否	
8 过去是否发生过抽搐(或痉挛)? () 岁左右	是	否	
发作时是否伴有发烧?	是	否	
9 是否因药物或食品引起过皮疹或荨麻疹, 或出现过身体不适?	是	否	
10 近亲中是否有人被诊断为先天性免疫缺陷病?	是	否	
11 到目前为止, 在接种疫苗后是否出现过身体不适? 预防接种名称 ()	是	否	
12 近亲中是否有人因接种疫苗而出现过身体不适?	是	否	
13 过去6个月内是否接受过输血或注射过丙种球蛋白?	是	否	
14 关于今天的预防接种, 您是否有问题需要询问?	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

家长填写栏

我已接受医生的诊察及说明，并在理解预防接种的效果、目的、可能产生的严重副反应，以及预防接种健康损害救济制度等情况的基础上，

(同意 不同意) 进行接种。

※请在括号中选择一项并画圈。

本预诊票旨在确保预防接种的安全性。在理解上述内容的基础上，我同意将此预诊票交给区政府。

家长签名或
陪同人员签名

使用ワクチン

Lot No.

(注)有効期限が切れていないか要確認
接種量

0.5ml

接種部位(皮下)

左 上腕
右 大腿

実施場所・接種医師名

実施機関名・住所・電話番号

足立区内指定医療機関のみ

接種医師名

接種(予診)年月日 (西暦) 年 月 日

※(注) 丙种球蛋白是一种血液制品，可用于预防甲型肝炎等感染症或治疗重症感染症等目的。
在接受此注射后的3至6个月内，活疫苗的预防接种效果有可能不能充分发挥。