

아다치구 소재 지정 의료기관에서만 사용 가능합니다

임의

유행성 이하선염 백신 예방접종 예진표

区請求用

지원금 4,000엔

전화 ()

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

진찰 전 체온

도

분

질문 사항	답변란		의사기입란
1 오늘 받을 예방접종에 대해 아다치구가 배부한 설명서를 읽으셨습니까?	아니오	예	
2 오늘 몸이 아픈거나 불편한 곳이 있습니까? 구체적인 증상을 적어주십시오.()	예	아니오	
3 최근 1개월 이내에 병을 앓은 적이 있습니까? 병명 ()	예	아니오	
4 최근 1개월 이내에 가족이나 친구 중에 홍역, 풍진, 수두, 유행성 이하선염 등의 질병에 걸린 분이 있습니까? 병명()	예	아니오	
5 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 예방접종 종류() 접종일 () / ()	예	아니오	
6 태어나서 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간장, 뇌신경, 면역결핍증, 기타 질병으로 의사의 진료를 받고 있습니까? 병명()	예	아니오	
해당 질병을 진료하는 의사가 오늘 예방접종을 받는데 동의했습니까?	예	아니오	
7 현재 스테로이드제(내복약) 및 면역억제제 등 특별한 약을 투여 받고 있습니까?	예	아니오	
8 발작(경련)을 일으킨 적이 있습니까? () 살경	예	아니오	
그 때 열이 났습니까?	예	아니오	
9 약이나 음식물에 의해 피부에 발진이나 두드러기가 생기거나 건강에 이상이 생긴 일이 있습니까?	예	아니오	
10 가까운 친족 중에 선천성 면역결핍증으로 진단받은 분이 있습니까?	예	아니오	
11 지금까지 예방접종을 받고 건강에 이상이 생긴 일이 있습니까? 예방접종명 ()	예	아니오	
12 가까운 친족 중에 예방접종 후 건강에 이상이 생긴 분이 있습니까?	예	아니오	
13 최근 6개월 이내에 수혈을 받거나 감마글로불린 주사를 맞았습니까?	예	아니오	
14 오늘 예방접종에 대해 궁금한 점이 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

의사의 진찰 및 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 중중한 부작용의 가능성, 예방접종 건강 피해 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 서명 또는
동반자 서명

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 . 5 m l
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

※(주) 감마글로불린은 혈액제제의 일종으로 A형 간염 등 감염성 질환의 예방 목적이나 중증 감염성 질환의 치료 목적으로 투여되기도 한다.

3~6개월 이내에 이 주사를 맞은 사람은 생백신 예방접종 효과가 충분히 나타나지 않을 수 있습니다.