

回数(いずれかに☑)

- 1
- 2
- 3
- 4

〔 〕 予防接種予診票 (乳幼児・小学生対象)
〔 〕 予防接種問診票 (以婴幼儿及小学生为对象)
HPV・乙型脳炎以外用

診察前体温 (診察前の体温) (度 分)

地址(住所)			
接種者姓名 (受ける人の名前)	男	出生日期 (生年月日)	年 月 日 生
父母 / 监护人姓名 (保護者の名前)	女		年齢 (岁 月)

問 答 事 項 (質 問 事 項)	回答欄 回答欄	医生意见栏 (医師記入欄)
关于今天的预防接种, 是否已阅读市发放的说明书?	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	是 否
请告知您小孩的发育情况 出生时体重 () 克	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重	
分娩的时候是否发生异常?	分娩時に異常がありましたか	是 否
出生后是否发现异常?	出生後に異常がありましたか	是 否
在婴儿体检时是否发现异常?	乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	是 否
今天是否有身体不适之处? 如果是, 请描述具体症状。 ()	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください	是 否
最近一个月是否生过病? 病名 ()	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名	是 否
最近一个月家里人或玩伴中是否有患麻疹、风疹、水痘或腮腺炎的人? 病名 ()	1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名	是 否
从出生至今家庭成员或身边人中是否有患结核病的人?	生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった人がいましたか	是 否
最近一个月是否进行过预防接种? 接种名称 ()	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類	是 否
从出生至今是否因患先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病等而接受医生的诊察? 病名 ()	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名	是 否
治疗上述疾病的医生是否同意今天进行预防接种?	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	是 否
过去是否发生过抽风(痉挛)的现象? 如果有是在几岁时发生的? ()	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃)	是 否
当时是否发烧?	そのとき熱が出ましたか	是 否
是否因食物或药物过敏而出现皮疹或荨麻疹等身体不适症状?	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	是 否
近亲中是否有患先天性免疫缺陷疾病的人?	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	是 否
至今为止是否曾因接受预防接种而引起身体不适? 预防接种的名称 ()	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか 予防接種の種類	是 否
近亲中可有进行预防接种后, 出现身体不适的人?	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	是 否
6个月内是否输过血或注射过叫做伽马球蛋白的藥物?	6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	是 否
您对今天的预防接种是否有何疑问?	今日の予防接種について質問がありますか	是 否

医師記入欄(医生意见栏)
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 ・ 見合わせた方がよい)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

通过接受医生的诊察和说明, 对预防接种的目的、作用和风险(包括严重的副作用)以及对有关预防接种健康被害救済制度等已充分理解, 并在此基础上(同意 / 不同意)进行接种。 ☆ 请在左记括弧中的(同意 / 不同意)之中选项画圈。
此问诊票是以确保预防接种的安全为目的, 请给予充分的理解并同意将此问诊票提交于有关市行政机关。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに同意します・同意しません
※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

家长 / 监护人签名:

使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	実施場所
Lot No.	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	接種年月日 年 月 日

[注釋]伽马球蛋白是一种注射用血液制品, 用于预防甲肝等的感染和治疗严重感染症。注射此制品3到6个月之内接受麻疹等接种时, 可能会影响麻疹等疫苗的效力。

* 关于卡介苗的接种, 要记载上《要使用卡介苗专用注射器按规定之量经皮进行接种》的字样。

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※BCGの予防接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。