

日本脳炎 予防接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

住 所		男・女	診察前の体温		度 分
ふりがな 受ける人の氏名			生年 月日	平成 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	
保護者の氏名			電話 ()		-
今日受ける日本脳炎は何回目ですか。 該当する回数に○を付けてください。	1期 初回 (1 回目 ・ 2 回目)		1期 追加 (3 回目)	2 期 (4 回目)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 あれば具体的に書いて下さい()	はい	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5. 今までに先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経、血液疾患・免疫不全・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()	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
8. 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	はい	いいえ	
9. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ・ 症状 ()	はい	いいえ	
10. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
11. 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、みずぼうそう、おたふくなどの病気の方 がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
13. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい			
14. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を 希望しますか (接種を希望します ・ 接種を希望しません) 保護者の署名(もしくは本人の署名) _____			

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)
医師署名又は記名押印 _____

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
ワクチン名		皮下接種	実施場所	
Lot. No.		mL	医師名	
			接種日時	年 月 日