

[予接種予診票]

Vaccine Screening Questionnaire



(備考)	診察前の体温 Body temperature before interview	. °C
住所 Address		
受ける人の氏名 Child's Name	男(male)	年 月 日 生まれ Born on / / (d/m/y)
保護者の氏名 Parent/Guardian's Name	女(female)	生年月日 Birth date
		満: 歳 か月 Age: years months

質問事項 Questionnaire for Vaccination	回答欄 Answer		医師記入欄 Doctor's comment
今日受ける予接種について説明文書を読みましたか Have you read the document explaining the vaccination that will be administered today?	はい Yes	いいえ No	
【お子さまについて】 あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします 出生体重()g 【Question to the child】 Please answer the following questions about the child. Birth Weight ()g			
分娩時に異常はありましたか Did the child have any abnormal findings at delivery?	はい Yes	いいえ No	
出生後に異常はありましたか Did the child have any abnormal findings after birth?	はい Yes	いいえ No	
乳幼児健診で異常を指摘されたことはありますか Was any abnormality identified at an infant health check?	はい Yes	いいえ No	
今日体に具合が悪いところはありますか 具体的な症状を書いてください () Are you sick today? If so, describe the nature of the illness. ()	はい Yes	いいえ No	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名() Have you been ill in the past month? Disease name ()	はい Yes	いいえ No	
1か月以内に家族や友人に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか Has your family member or your friend had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month?	はい Yes	いいえ No	
1か月以内に予接種を受けましたか 予接種の種類() Have you been vaccinated in the past month? Vaccine name ()	はい Yes	いいえ No	
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() Do you have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? Disease name ()	はい Yes	いいえ No	
その病気を診てもらっている医師に今日の予接種を受けてもよいと言われましたか Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination?	はい Yes	いいえ No	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか ()歳頃 Have you had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at what age did it occur? ()	はい Yes	いいえ No	
その時は熱がでしたか If you answered "yes" to the preceding question, did you have a fever at that time?	はい Yes	いいえ No	
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 Have you ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications?	はい Yes	いいえ No	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか Do you have a family member or relative with a congenital immunodeficiency?	はい Yes	いいえ No	
これまで予接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 予接種の種類() Have you had a serious reaction to a vaccine in the past? Vaccine name()	はい Yes	いいえ No	
近親者に予接種を受けて具合が悪くなった人はいますか Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	はい Yes	いいえ No	
6か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 Have you received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called gamma globulin in the past 6 months?	はい Yes	いいえ No	
【女性の方】 現在妊娠している、もしくは妊娠している可能性はありますか 【Question to female】 Are you pregnant now? or May you be pregnant?	はい Yes	いいえ No	
今日の予接種について質問がありますか Do you have any questions about today's vaccination?	はい Yes	いいえ No	

医師記入欄 Doctor's comment

あなた(あなたのお子さま)の問診及び診察の結果、本日の予接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
Based on the above answers and the results of interview, I have decided that the person (can / should not) receive a vaccination today.

保護者に対して、予接種の効果、副反応について説明しました。
I have explained to the parent/guardian the information concerning the benefits and side effects of vaccination.

医師署名 Signature of Doctor

医師の診察・説明を受け、予接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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)
この予診票は、予接種の安全性の確保を目的としています。
This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccination. You or the child have been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of vaccination has been explained to me by the doctor. I believe that I understand this information.

I (do / do not) give consent for the child to be vaccinated.

患者(保護者)自署 Signature of Patient(Parent / Guardian)

使用ワクチン Vaccine Name	接種量 Dosage (皮下注射:Subcutaneous injection)	実施場所・医師名・接種年月日(Institution / Doctor Name / Date Administered)
ワクチン名・Lot No Vaccine Name/Lot Number	ml	実施場所 Institution みやじ小児科クリニック 医師名 Doctor Name 接種年月日 Date Administered 平成 年 月 日