

日本脳炎 定期予防接種予診票

1回目・2回目・追加・Ⅱ期

※該当するものを○で囲んでください。
※保護者非同伴の場合は、別紙「日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明及び保護者同意書」を添付

住所	朝倉市		診察前の体温	
ふりがな			度 分	
受ける人の氏名	バーコードシール 貼付欄		男	生年月日
保護者の氏名	Tel:		女	平成 年 月 日生 令和 (満 歳 か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、市町村から配られている「予防接種と子どもの健康」、または「日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明」を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします（Ⅱ期・13歳以上の方は、回答不要） 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	なかった なかった ない	あった あった ある	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	いいえ	はい	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
1か月以内に家族や遊び仲間などに麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名(麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい	
最近、次の予防接種を受けましたか 1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、インフルエンザ、その他) 4週間以内(ロタ、BCG、麻しん、風しん、MR、おたふくかぜ、水痘、その他)	いいえ いいえ	はい はい	
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(先天性異常 心臓 腎臓 肝臓 脳神経 免疫不全症 その他:)	いいえ	はい	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 か月頃)	いいえ	はい	
そのとき熱が出ましたか (度 分)	いいえ	はい	
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 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すか 予防接種の種類()	いいえ ない	はい ある	
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	いいえ	はい	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いいえ	はい	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか 《13歳以上の女性の方のみ》 現在妊娠している又は妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか ※妊婦又妊娠している可能性がある方には接種しないことが原則です。ただし、予防接種上の有益性が危険性を上回ると判断される場合は接種できます。	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	
【医師記入欄】 保護者又は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しました。 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		

医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)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、接種を希望しますか (希望します ・ 希望しません) 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。	保護者自署 (委任の場合は委任者、既婚者は本人、 保護者非同伴の場合は保護者が予め自署。)
---	---

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン Lot No.	皮下接種 0.25ml・0.5ml (3歳未満) (3歳以上)	実施場所 医師名 接種年月日	令和	年 月 日
※有効期限が切れていないか確認	※該当するものを○で囲んでください。			

(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や重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が出ないことがあります。