

室蘭市 日本脳炎予防接種予診票

市外接種用

※太枠の欄のみご記入ください。

※接種時に室蘭市に住民票のある方が対象となります。

診察前の体温

度

分

住所	室蘭市 町 丁目 番 号		
ふりがな		男・女	生年月日
受ける人の氏名			平成・令和 年 月 日生 (満 歳 九月)
保護者の氏名※		電話番号	
日本脳炎予防接種歴	1期初回(1回目: 年 月 日) 2回目: 年 月 日) 1期追加: 年 月 日		

※接種を受ける人が満16歳以上の場合には、保護者氏名の記載は必要はありません。

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の説明文を読み理解しましたか。	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。 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。	あった あった ある	なかった なかった ない	
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。(はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
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()	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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
その時熱は出ましたか。	はい	いいえ	
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	
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。	はい	いいえ	
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。 予防接種の種類()	ある	ない	
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。	はい	いいえ	
6ヵ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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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

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、本予診票が室蘭市に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける人が16歳以上の場合は本人)自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	医療機関名
Lot No.	3歳以上 0.5 ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	3歳未満 0.25 ml	接種年月日 年 月 日

接種 1期初回(1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期

問診のみの場合

年 月 日