

日本脳炎予防接種予診票（9歳～13歳未満）

※表の太枠の中のアてはまるところに記入するか又は○でかこんで下さい。

※予診票は、お子さんを診て接種するお医者さんへの大切な情報源ですので責任をもって記入しましょう。

※母子（親子）健康手帳なしでは予防接種を受けることができません。

住所	西原町	診察前の体温	度	分
接種を受ける人の氏名		学校名	学校	年 組
保護者氏名		男・女	生年月日	生 (満)
		行政区	TEL	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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） 保護者自署

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。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 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ください。（ ）	はい いいえ	
2 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	
3 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	
4 1ヵ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	
5 現在、妊娠している可能性はありますか。 最終月経（ 年 月 日まで）	ある ない	
6 生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師に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	
7 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 お子さんの中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	
10 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。 予防接種の名前（ ）	ある ない	
11 家族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	
12 6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい いいえ	

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） 医師のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所
ワクチン名	(皮下接種)	医師名
Lot No.	ml	接種年月日 年 月 日

(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ヵ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。