[　日 本 脳 炎　] 予防接種予診票

*ボールペンで下の太ワクの項目について、当てはまるところに記入するか、〇印でかこんでください。

接種部位	右　　左					
接種回数	1　　2　　追加　　II期	診察前の体温	度　　分	受付	医師	
住　所		再検	度　　分			
ふりがな		男	生 年	平成　年　月　日生		
受ける人の氏名						
保護者の氏名		女	月 日	（満　歳　ヵ月）		

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 ）※カッコの中どちらかを〇で囲んでください。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。　保護者自署

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
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、出生後、乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか あれば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ヵ月以内に家族や友達に麻しん、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（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	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（　　） 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 はい	いいえ 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 そのとき熱が出ましたか	はい はい	いいえ 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はありますか 予防接種の種類とその症状（　　）	はい	いいえ	
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ヶ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	
今日受ける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	
	以上の問診票及び診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）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、説明しました。 医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
日本脳炎ワクチン Lot No.	（皮下接種） 0.5 ml （3歳未満は0.25ml）	実施場所 医師名 接種年月日

（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や川崎病、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ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。