

鴨川市

みほん 見本 (これを 見て、書いてください。)

日本脳炎 (第2期) 予防接種予診票

書くところは、⑫こです。

住所 (住んでいるところ)	① 鴨川市 横渚 1450	予防接種をする日: 2021年 6月 1日	②	医師が診る前の体温(体の温度) 36度 7分	③
フリガナ		性別	④ 090-2330-3761	⑦ 2012年 4月 2日 (9歳 1か月)	
子どもの名前	⑤ John Smith	⑥ おとこ男・おんな女	あなたの名前	⑧ Emily Smith	

⑨ 予防接種をした数: 1回目 (2021年 6月 1日) 2回目 ( ) 追加 ( ) 2期

予防接種をする前にあなたに聞きます	どちらかに ○		医師記入欄
今日の予防接種について市から届いた紙を読みましたか?	⑩ いいえ	はい	
生まれた子どものことを教えてください。生まれたときの体重(体の重さ) ( ) g	あった	なかった	
産んでいるときに子どもの体の具合が悪いと医師が言いましたか?	あった	なかった	
生まれたときに子どもの体の具合が悪いと医師が言いましたか?	ある	ない	
健診で体の具合が悪いと医師が言いましたか?	はい	いいえ	
今日、子どもの体の具合が悪いところはありますか? どうしましたか? ( )	はい	いいえ	
子どもが1か月以内に病気にかかりましたか? 病気の名前 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族やいっしょに遊んでいる人に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか? (病気の名前: )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種をしましたか? 予防接種をした日とその名前 (月 日: )	はい	いいえ	
生まれてから先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気がありますか?	はい	いいえ	
医師が診ていますか? 病気の名前 ( )	いいえ	はい	
【“はい”に○をした人】病気を診ている医師が「今日、予防接種をしていいです」と言いましたか?	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)になったことがありますか? 最後のけいれんは ( ) 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか?	いいえ	はい	
薬や食べもので肌に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか?	はい	いいえ	
( ) 歳頃 薬や食べものの名前 ( ) どうしましたか? ( )	はい	いいえ	
家族に先天性免疫不全の人はいますか?	はい	いいえ	
予防接種で体の具合が悪くなったことはありますか? 予防接種の名前 ( )	はい	いいえ	
家族に予防接種で具合が悪くなった人はいますか?	はい	いいえ	
6か月以内に輸血(血を体に入れること)やガンマグロブリンの注射をしましたか?	はい	いいえ	
今日の予防接種で、聞きたいことがありますか? 聞きたいこと ( )	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・見合わせたほうがよい) と判断します。  
見合わせた場合の理由 ( ) 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。  
医師の自筆署名又は記名押印

医師の話聞いて、予防接種のことがわかりました。体の具合が悪くなることもあります。具合が悪くなったとき、助けてくれる制度についてわかりました。今日、予防接種を

⑪ (します・しません) ※どちらかに ○ を します。

この予診票は、予防接種を安全にするためです。市に渡してもいいです。

⑫ あなたの 名前 Emily Smith