

[予防疫種予診票

预防接种预诊表

診察前の体温 度 分
 诊断前的体温 度 分

住 所 地 址							
受ける人 接種者	年 組 氏名 年 班 姓名	男 男	生年 月 日	年 月 日 年 月 日	日生 日出生		
保護者の氏名 家長姓名	印 盖章	女 女	出生 年月日	(満 歳 月) (満 岁 月)			
今日の予防疫種を受けますか。 今天接受预防接种吗？ (接種を希望します・今回は見合わせます) 見合わせる理由() (接受预防接种・不accept预防接种) 不accept理由()							

質 問 事 項 詢 問 事 項	回 答 欄 回 答	
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	今天，有没有什么不舒服的地方？ 如果有的话，请把具体的症状详细写清楚	はい・いいえ 有 没有
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	最近1个月内是否患了什么病？ 病名()	はい・いいえ 有 没有
1か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人がいきましたか 病名()	最近1个月内您的家人或是朋友中是否有患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎的人？ 病名()	はい・いいえ 有 没有
1か月以内に予防疫種を受けましたか 予防疫種名()	最近1个月内是否接受过预防接种？ 预防接种名()	はい・いいえ 有 没有
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()	从出生到现在是否患过(先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不完、其它)等病，并接受过专门的治疗？ ()	はい・いいえ 有 没有
その病気を診てもらっている医師に今日の予防疫種を受けてよいといわれましたか	给你治疗的医师有没有说今天可以接受预防接种？	はい・いいえ 有 没有

質問事項 询问事项		回答欄 回答
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	有没有抽风(痉挛)的经历? ()岁左右	はい・いいえ 有 没有
そのときに熱がでましたか	那时有没有发烧?	はい・いいえ 有 没有
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	有没有因药品、食品而引起皮肤上出疹子、荨麻疹或是身体不舒服的经历?	はい・いいえ 有 没有
兄弟姉妹の中に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	兄弟姐妹里有没有被诊断为先天性免疫不全的人?	はい・いいえ 有 没有
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 予防接種名()	到目前为止, 有没有因为接受预防接种而引起身体不舒服的情况? 予防接種名()	はい・いいえ 有 没有
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	家庭成员中有没有因预防接种而引起身体不适的人?	はい・いいえ 有 没有
6か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	6个月以内, 有没有接受过验血或是丙种球蛋白接种?	はい・いいえ 有 没有
医師の記入欄 医师记载栏 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) 根据以上的问疹及诊察, 今天(可以, 不可以)接受预防接种。 <div style="text-align: right;">医師のサイン 医师签字</div>		
使用ワクチン名 使用疫苗名称	接種量 接种量	実施場所・医師名 实施地点・医师姓名
ワクチン名 疫苗名称 Lot No.	(皮下接種) (皮下接种) ml	接種場所 实施地点 医師名 医师姓名 接種年月日 接种年月日 平成 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か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。

注：丙种球蛋白是血液制剂的一种，其注射的目的在于预防A型肝炎的感染及治疗重病感染症。接受此注射的人，在3～6个月以内有时会对麻疹的预防接种效果有影响。