

[ ] 予防接種予診表

Preliminary questionnaire on immunization of ( )

診察前の体温 度 分  
 Temperature before medical examination degrees decimal

住 所 Address					
受ける人 Student	年 組 Grade Class	氏名 Name	男 Male	生年月日 Date of birth	年 月 日生 Born (YY/MM/DD):
保護者の氏名 Name of student's parent		印 Seal	女 Female		( 歳 か月) ( years and months old)

今日の予防接種を受けますか。  
 Do you want to have your child immunized today?  
 (接種を希望します・今回は見合わせます)  
 (I want to have my child immunized today. / I do not want my child to be immunized today.)  
 見合わせる理由 ( )  
 Reason for not having your child immunized today ( )

質 問 事 項 Questions	解 答 欄 Response
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 Yes / No
最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名 ( )	はい・いいえ Yes / No
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 ( )	はい・いいえ Yes / No
1か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 Yes / No
生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 Yes / No
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 Yes / No

質問事項 Questions		解答欄 Response
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃	Has your child ever had convulsions (a spasm)? When he/she was about ( ) years old.	はい・いいえ Yes / No
そのときに熱が出ましたか。	Did your child have a fever then?	はい・いいえ Yes / No
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。	Has your child had a rash or eczema or been sick because of medication or food?	はい・いいえ Yes / No
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。	Was there anyone diagnosed as having congenital immunodeficiency among your child's brothers or sisters?	はい・いいえ Yes / No
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（ ）	Did your child ever become sick after having a preventive shot? Name of preventive shot: ( )	はい・いいえ Yes / No
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。	Was there anyone in your family who become sick after having a preventive shot?	はい・いいえ Yes / No
6ヶ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。	Did your child receive a blood transfusion or gamma globulin within the last 6 months?	はい・いいえ Yes / No

医師の記入欄

Space to be filled in by doctor:

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）

As a result of the above questions and consultation, this child can receive a shot today/cannot receive a shot today.

医師のサイン

Doctor's signature

使用ワクチン名 Name of a vaccine used	接種量 Quantity of vaccination	実施場所・医師名 Place of immunization / Name of doctor
ワクチン名 Name of a vaccine	(皮下接種) Hypodermic injection  ml	接種場所 Place of immunization: 医師名 Name of doctor: 接種年月日 Date of immunization (YY/MM/DD):

(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、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

(N. B.) Gamma globulin is a blood product and is used to prevent infection of hepatitis A and to treat serious infections. Preventive shots, including vaccination against measles, sometimes do not produce sufficient effects on those who have had a gamma globulin shot within the last 3 to 6 months.