

日本脳炎予防接種予診票

(13歳以上用)

市町村名 岩国市

太枠内をご記入ください

(16歳未満で保護者が同伴しない場合は、裏面の記載も必要です)

何回目の接種ですか 〔記入例 〇〕	1期初回 ☐ 1回目 ☐ 2回目		1期追加 ☐ 3回目	2期 ☐ 4回目	診察前の体温	度 分
住 所	(現住民登録している住所をご記入ください)※ 岩国市			電話番号		
ふりがな	姓	名	男・女	生年 月 日	バーコードをお持ちの方はここへ貼付してください 平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)	
受ける人の氏名						
保護者の氏名						

※ただし、受ける人が16歳以上の場合には「保護者の氏名」と裏面の記載は必要ありません。

※住所や質問の回答等の記載に間違いがあれば、予防接種健康被害救済制度を受けることができない場合や接種費用が自費となる場合があります。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について市から配られている冊子「予防接種と子どもの健康」を読みましたか	はい いいえ	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか	あった なかった	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
1カ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	
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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種日(月 日)	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()	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	
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	
そのとき熱が出ましたか	はい 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()	ある ない	
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カ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	
女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。

保護者(接種を受ける者が16歳以上の場合は本人)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。

医師署名又は記名押印

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) ※かつこの中のどちらかを○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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

保護者又は被接種者自署(接種を受けるものが16歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名	接種量 (皮下接種)	実施場所・医師名	接種又は問診年月日
	0.5 ml		

(注)有効期限が切れていないか要確認

* (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ヶ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。

○13歳以上16歳未満のお子さんで医療機関へ同伴されない保護者の方へ

下記事項をよく読んで署名をしてください。

※本様式は、13歳以上16歳未満の者を対象として実施する日本脳炎の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は、事前に、表の保護者署名をして予診票を提出させるようにしてください。

- ・ 岩国市から配られている説明書をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。
- ・ 接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。
(署名がなければ予防接種は受けられません。)
- ・ 表面の保護者自署欄の記入も必要です。

日本脳炎の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び健康被害救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、本様式及び市から配布されている説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市に提出されることに同意します。

保護者自署 _____ 続柄 ()

住 所 _____

令和 年 月 日 緊急の連絡先 _____

表の予診票及び上記同意書に保護者の署名がないとお子様の予防接種は受けられません。