

日本脳炎ワクチン接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

		診察前の体温	度	分
回数	1期初回免疫 (1回目 ・ 2回目)	1期追加免疫 (3回目)	2期 (4回目)	
住所	札幌市 区	連絡先 ☎ —		
(フリガナ) 被接種者氏名		男 女	生年 月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月)

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読みましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な病状を書いてください ()	はい	いいえ	
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	
1か月以内に家族や友達に麻しん (はしか)、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	
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	
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	
また、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言われましたか	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	
その時に熱が出ましたか	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はありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	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 予防接種名 ()	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	
現在、妊娠している、または妊娠している可能性 (生理が遅れているなど) 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	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実践できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
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しました。

医師の署名または記名押印

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) 。

※かっこのどちらかを○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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者自署

使用ワクチン名 (注) 有効期限確認	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No	(皮下接種)	実施場所
医師記入欄	ml	医師名 接種年月日 令和 年 月 日