

日本脳炎 予防接種申込書及び予診票

[I 期初回 (1 ・ 2 回目)、I 期追加 (3 回目)、II 期 (4 回目 * 9 歳以上)]

※平成 7 年 4 月 2 日～平成 19 年 4 月 1 日生まれの特例対象者は、20 歳未満で接種可能。
 ※平成 19 年 4 月 2 日～平成 21 年 10 月 1 日生まれの特例対象者は、1 期対象期間 (生後 6 か月～90 か月
 に至るまで) に接種を逃した場合、2 期対象期間 (9 歳～13 歳の誕生日の前日まで) で残りの接種が可能。

この予診票は、大切なものです。くわしく記入して
 氏名の欄に自筆で署名してください。

令和 年 月 日

診察前の体温

度 分

住所	神戸市 区 町 通 丁目 番 号 ☎ (— —)				
受ける人	氏名	フリガナ	男・女	※受ける人が未成年者 (既婚者は除く) の場合 保護者の氏名	
	生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月) ※ 3 歳未満は 0. 25ml、3 歳以上は 0. 5ml	つれてきた人の 氏名		※接種を受ける人が 13 歳以上の未成年者で保護者の同意 を保護者自署欄で確認できた場合は、同伴を要しない。
質 問 事 項				回 答 欄	医 師 記 入 欄
1. 今日受ける予防接種について、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、 母子健康手帳についている説明書 (予防接種券綴り) または、ワクチンに関する 説明のリーフレットを読み、理解しましたか。				は い	いいえ
2. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるとされたことがありますか。				いいえ	は い
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ()				いいえ	は い
4. 母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。 (1) 4 週間以内に B C G、麻しん (はしか)、風しん、おたふくかぜ、 麻しん風しん混合 (MR)、水痘 (水ぼうそう)、ロタウイルスのいずれかの 予防接種を受けましたか。 (2) 1 週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 (3) 今まで受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか。 (その種類)				いいえ	は い
5. (1) 今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 また、1 か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。 麻しん (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、 手足口病、突発性発疹、 その他病名 () (かかったのは 年 月 日) (2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。				いいえ	は い

6. (1) 今までに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。 (薬品・食品名)	いいえ	はい	
(2) ぜんそくや鼻アレルギーがおこったり、発疹やじんましんのできやすいほうだと思いますか。	いいえ	はい	
7. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	いいえ	はい	
(1) そのとき熱が出ましたか。(度 分くらい)	いいえ	はい	
(2) 平成 年頃までに 回くらいおこした。			
8. 今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。 あれば病名() かかったのは 年 月頃 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。	いいえ	はい	
	はい	いいえ	
9. 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。	いいえ	はい	
10. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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()	いいえ	はい	
11. 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。	いいえ	はい	
12. 6か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。(注)	いいえ	はい	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	
14. 女性の場合、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。 (注) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。	いいえ	はい	

【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・見合わせた方がよい)と判断します。
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。

医師署名又は記名押印

【被接種者記入欄】

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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

被接種者(※未成年者(既婚者は除く)の場合は保護者)自署

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
日本脳炎Ⅰ期初回()回目・Ⅰ期追加・Ⅱ期 乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン 製造所名 Lot. No. 有効期限 年 月 日	(皮下接種) 6か月～3歳未満 <input type="checkbox"/> 0.25ml 3歳以上 <input type="checkbox"/> 0.5ml	<input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> その他 (部位)	実施場所 神戸市兵庫区大開通7丁目5の22 森 医 院 医師名 医師 森 啓 行 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果十分でないことがあります。