

Date of screening (予診年月日)		20	YYYY / MM / DD / /	Body temp. (診察前の体温)	℃
Address (住所)			Tel/ 電話番号 ()		
Name of child to be vaccinated (受ける人の氏名)		Date of birth (生年月日)	YYYY / MM / DD / /	Name of parent/guardian (保護者の氏名)	
Sex (性別)	M / F	Age (年齢)	() years () months		

Questions 質問事項	Answer 回答欄	Dr. use 医師記入欄
Have you read and understood <u>the explanation of the vaccine</u> your child will receive today?*	Yes	No
今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか。 *See p. 2 for explanation of vaccine (説明書)		
Is the child to be vaccinated a Hiroshima City resident (do they have a Resident Record in Hiroshima City)?	Yes	No
接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)		
The following questions are about your child's development.		
Weight at birth () g		
Were there any abnormalities during delivery?	Yes	No
Were there any abnormalities after birth?	Yes	No
Were you told there were any abnormalities during infant checkups?	Yes	No
あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があると言われたことがありますか。		
Do you have any concerns about your child's health today? If yes, please describe their symptoms:		
()	Yes	No
今日、体に具合の悪いところがありますか。「はい」の場合、具体的な症状を書いてください。		
Has your child been ill within the past month? If yes, which illness? ()	Yes	No
1か月以内に病気にかかりましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。		
Has anyone in the child's family or playmates had measles, rubella, varicella, or mumps, etc., within the past month? If yes, which illness? ()	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方がいましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。		
Has your child received any vaccinations within the past month?		
If yes, which vaccine? ()	Yes	No
1か月以内に予防接種を受けましたか。「はい」の場合、受けた予防接種を書いてください。		
Has your child been treated for congenital abnormalities, or heart, renal, liver, neurological, or immunodeficiency diseases, etc., from birth until today?		
If yes, which disease? ()	Yes	No
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。「はい」の場合、病名を書いてください。		
Did the doctor in charge of their treatment approve today's vaccine?	Yes	No
その病気を診てもらっている医師に、本日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		
Has your child ever experienced convulsions? If yes, at what age? ()	Yes	No
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。「はい」の場合、何歳頃に起こしましたか。		
Did your child have a fever at the time?	Yes	No
その時、発熱をしましたか。		
Has your child ever had a skin rash or felt ill after eating certain foods or taking certain medications?	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。		
Does your child have any close relatives diagnosed with congenital immunodeficiency?	Yes	No
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。		
Has your child ever felt ill after receiving a vaccine? If yes, which vaccine? ()	Yes	No
これまで、予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。		
Have any of their close relatives felt sick after receiving a vaccine?	Yes	No
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。		
Has your child received a blood transfusion or gamma globulin* injection within the past six months?	Yes	No
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(※)		
Do you have any questions about today's vaccine?	Yes	No
今日の予防接種について質問がありますか。		

P. 2

Explanation of the vaccine (説明書)



Public Foundation of Vaccination Research Center
((公財) 予防接種リサーチセンター)

Doctor use (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・見合わせたほうがよい)と判断します。

・接種を見合わせる理由 ()

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

Parent/guardian use (保護者記入欄)

I (agree / disagree)* to the vaccination of my child, having undergone an exam by the doctor, as well as having heard their explanation and understood the effects and aims of the vaccine, the possibility of severe side effects, as well as the vaccine injury compensation program.
(*Circle one)

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)(←いずれかに○をしてください。)

This questionnaire is designed to ensure vaccination safety. I understand this and agree to the submission of this questionnaire to the City of Hiroshima.

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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

Parent/guardian signature (保護者自署)

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名	皮下接種	医療機関所在地
Lot No.	0.5mL	医療機関名
	接種部位	医師名
	右腕・左腕・右足・	
(注)有効期限が切れていないか要確認	左足・その他()	接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注)予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。