

日本脳炎予防接種予診票(13歳以上対象) (1/2) 流行性乙型脳炎疫苗接种问诊表 (13岁以上受种者)

第一期 (第一剂次 / 第二剂次) // 第一期追加接种 // 第二期 ← 请圈选本次疫苗接种的剂次
 (1期初回) (1回目・2回目) (1期追加) (2期) (今回の接種に○をしてください)

家长/监护人必须填写办理住民登记时所登记的地址、姓名、性别及出生日期，并回答所有问题。
 住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

问诊日期 (予診年月日)	年 月 日	体检前的体温 (診察前の体温)	℃
住址 (住所)	联系电话/ 電話番号()		
受种者姓名 (受ける人の氏名)	出生日期 (生年月日)	年 月 日	家长/监护人姓名 (保護者の氏名) (仅限未满16岁的受种者)
性別 (性別) 男 / 女	年齢 (年齢)	() 岁 () 个月	

注意: 如果受种者年满16岁或以上, 则无需填写家长/监护人姓名栏。 ※接種を受ける方が満16歳以上の場合には、記載の必要はありません。

请圈选合适的答案并在括号内填写相关内容。 次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

问题 (質問事項)	答题栏 回答欄	医生意见 医師記入欄
您是否已阅读并理解有关本次疫苗接种的说明? (请参见第2页的《疫苗接种与儿童健康》。) 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。	是 否	
您的孩子(受种者)是否为广岛市民(在广岛市办理好住民登记且已领取住民票的人士)? 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。)	是 否	
此题与您孩子的成长与发育有关: 孩子的出生体重是否偏轻? 或是, 孩子于出生时、出生后或在接受婴儿体检时是否曾被告知身体状况出现了异常? 接種を受ける方の発育歴についてお尋ねします。生まれた時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 言われたことがありますか。	是 否	
您的孩子今天身体是否有哪里感到不适? 如果有, 请描述具体症状。 () 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。	是 否	
您的孩子在过去一个月内是否生过病? 如果有, 请写下该病名称。() 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。	是 否	
在过去一个月内, 您孩子的家人或玩伴中是否有人患过麻疹、风疹、水痘或流行性腮腺炎等疾病? 如果有, 请写下该病名称。() 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。	是 否	
您的孩子在过去一个月内是否接种过任何疫苗? 如果有, 请写下该疫苗的名称。() 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。	是 否	
您的孩子是否计划接种新型冠状病毒疫苗? 如果是, 请注明计划接种疫苗的日期。(年 月 日) 新型コロナウィルスワクチンの接種予定はありますか。「はい」の場合、接種予定日を書いてください。	是 否	
您的孩子从出生到现在是否曾患有先天性障碍, 或是心脏、肾脏、肝脏、神经系统、免疫缺陷等疾病而接受 过治疗? 如果有, 请写下疾病名称。() 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。	是 否	
负责诊治上述疾病的医生是否批准了您的孩子今天接种疫苗? 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。	是 否	
您的孩子有过惊厥的经历吗? 如果有, 是在几岁时发作的?() 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。	是 否	
您的孩子当时是否发烧? その時、発熱をしましたか。	是 否	
您的孩子是否曾在食用某些食物或服用某些药物后出现皮疹或感到不适? 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。	是 否	
您的孩子是否有近亲被诊断患有先天性免疫缺陷? 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。	是 否	
您的孩子是否曾在接种疫苗后感到不适? 如果有, 是哪一种疫苗?() 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。	是 否	
孩子的近亲中是否有人在接种疫苗后感到不适? 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。	是 否	
在过去六个月内, 您的孩子是否接受过输血或丙种球蛋白注射? (请参见页尾说明。) 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(※)	是 否	
(仅限女性) 受种者是否有可能已经怀孕(出现月经推迟等现象)? (女性の方のみ対象)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。	是 否	
您对今天的疫苗接种有疑问吗? 今日の予防接種について質問がありますか。	是 否	

说明: 丙种球蛋白是一种提取自血液的物质, 可通过注射来预防感染如甲型肝炎等感染疾病或治疗重症感染。对于在过去3至6个月内接受过丙种球蛋白注射的受种者来说, 接种其他疫苗, 如麻疹疫苗等, 可能不会有显著的功效。

※ 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十分に出ないことがあります。

A欄

请在勾选(√)合适的答案后于括号内圈选同意或不同意。家长或监护人无论陪同与否都必须在家长/监护人署名栏中签名。該当する内容の口に√した上で、()内のどちらかを○で囲んでください。保護者自署欄は、同伴の有無にかかわらず、署名が必要です。

- 受种者已年满16岁或是有家长或监护人陪同 (予防接種当日、保護者が同伴する場合及び被接種者が満16歳以上の場合)

您是否于接受体检后听取了医生的说明,并在清楚了解疫苗接种的作用与目的,受种者在接种疫苗后可能出现严重副作用的可能性以及有关疫苗伤害赔偿规划内容的情况下同意接种疫苗? (同意 / 不同意)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、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か (同意します・同意しません)
- 无家长或监护人陪同 (予防接種当日、保護者が同伴しない場合)

在考量受种者的病史、整体健康状况以及接种疫苗当天的健康状况后,您是否同意医生为受种者接种疫苗? (同意 / 不同意)

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか (同意します・同意しません)

本问诊表是为了确保受种者能够安全的接受疫苗接种而设。本人对此表示理解并同意将此表提交给广岛市政府。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。

家长/监护人/受种者(年满16岁以上)署名
(保護者(接種を受ける方が満16歳以上の場合は本人)自署)

受种者年龄若是介于13至15岁之间(未满16岁)且接种当天没有家长或监护人陪同
(被接種者が13歳以上16歳未満で、接種当日に保護者が同伴しない場合)

致家长/监护人(保護者の方へ)

受种者在接种疫苗当天若无家长或监护人陪同,家长或监护人则需在仔细阅读所有说明后决定是否让受种者接受疫苗接种。接种当天,家长或监护人必须填写好下方①和②中所述项目,并让受种者将其携至负责接种的医疗机构。

当日の予防接種に保護者が同伴しない場合は、これまでの記載事項をよく読んだ上で、お子様が接種を受けるか判断してください。接種当日は、保護者が次の①、②に示す欄に記入し、接種を受ける医療機関に必ず持参してください。

无家长或监护人陪同的受种者在没有得到家长或监护人签名的情况下不能接种疫苗。您若不同意让受种者接种疫苗则无需在署名栏中签名。保護者が同伴しない場合、保護者署名がないと予防接種が受けられません。接種を希望しない場合は、自署欄に記入する必要はありません。

① 家长/监护人署名、住址及紧急联系人信息栏 (保護者自署・住所・緊急の連絡先の記入欄)

本人在清楚了解疫苗接种的作用与目的,受种者在接种疫苗后可能出现严重副作用的可能性以及有关疫苗伤害赔偿规划内容的情况下同意让医生为受种者接种流行性乙型脳炎疫苗。本问诊表是为了确保家长及监护人能进一步清楚了解疫苗接种而设。本人对此表示理解并同意将此表提交给广岛市政府。

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、重篤な副作用発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。なお、本説明書は、保護者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した上で、本様式が広島市に提出されることに同意します。

家长/监护人署名(保護者自署)	
住址(住所)	
紧急联系人信息(緊急の連絡先)	
日期(年月日)	年 / 月 / 日

② 第1页的问题栏(请家长或监护人于接种当天填写此栏)与第2页的A栏(关于疫苗接种的知情同意及家长/监护人署名)
(予診票(接種当日、保護者が質問事項に記入)・接種に関する同意確認・保護者自署欄) → A(P.2)

医生在为年龄介于13至15岁之间(未满16岁)的受种者接种流行性乙型脳炎疫苗前必须确认问诊表的家长/监护人署名栏中确实有其家长或监护人的亲笔签名。接种当天,家长或监护人若是没有陪同受种者接种疫苗,则必须在问诊表上签名。请于接种日前仔细阅读并回答问诊表中的所有问题,然后在家长/监护人署名栏中签名。问诊表上若无家长或监护人的签名及知情同意,医生则不能为受种者接种疫苗。

上記同意に係る保護者自署欄は、13歳以上16歳未満の方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、必ず署名してください。予診票の内容を読んだ上で、予防接種当日までに予診欄の質問事項等を記入し、保護者自署欄に署名してください。予診欄に保護者の署名及び同意確認がないと、予防接種は受けられません。

《疫苗接种与儿童健康》(説明書)



公益財団法人疫苗接种研究中心
((公財)予防接種リサーチセンター)

医生专用(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。

接種を受ける(保護者・本人(接種を受ける者が満16歳以上の場合又は接種を受ける者が13歳以上16歳未満で保護者が自署した同意書を持参している場合))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

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 Lot No.	皮下接種 0.5mL	医療機関所在地 医療機関名 医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	接種部位 右腕・左腕・右足・ 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。