

日本脳炎予防接種予診票(13歳以上対象) (1/2) Vaccine Screening for Japanese Encephalitis (Ages 13 and older)

Stage 1 (1st / 2nd) // Stage 1 Booster // Stage 2 ← Circle today's dose (今回の接種に○をしてください)
 [1期初回(1回目・2回目) (1期追加) (2期)]

Parents/guardians should fill in the form, including the address, name, sex, and date of birth listed on Resident Records, and answer all questions.
 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。

Date of screening (予診年月日)		20 / /	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) Age (年齢)	YYYY / MM / DD / / () years () months	Name of parent/guardian* (保護者の氏名)
Sex (性別)		M / F		

* If the child is 16 or older, this space can be left blank. ※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。

Please circle the answers that apply and fill in the blanks. 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。

Questions 質問事項	Answer 回答欄	Dr. use 医師記入欄
Have you read and understood the explanation of the vaccine your child will receive today? * 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)	Yes No	
Is the child to be vaccinated a Hiroshima City resident (do they have a Resident Record in Hiroshima City)? 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。)	Yes No	
The following questions are about the development of the person to be vaccinated. Were they underweight when born, or told of any abnormalities during birth, after birth, or during infant exams? 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。	Yes No	
Do you have any concerns about your child's health today? If yes, please describe their symptoms: () 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。	Yes No	
Has your child been ill within the past month? If yes, which illness? () 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。	Yes No	
Has anyone in the child's family or playmates had measles, rubella, varicella, or mumps, etc., within the past month? If yes, which illness? () 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。	Yes No	
Has your child received any vaccinations within the past month? If yes, which vaccine? () 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。	Yes No	
Is your child planning to be vaccinated for COVID-19? If yes, when? (/ /) 新型コロナウイ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。	Yes No	
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? () 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。	Yes No	
Did the doctor in charge of their treatment approve today's vaccine? 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。	Yes No	
Has your child ever experienced convulsions? If yes, at what age? () 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。	Yes No	
Did your child have a fever at the time? その時、発熱をしましたか。	Yes No	
Has your child ever had a skin rash or felt ill after eating certain foods or taking certain medications? 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。	Yes No	
Does your child have any close relatives diagnosed with congenital immunodeficiency? 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。	Yes No	
Has your child ever felt ill after receiving a vaccine? If yes, which vaccine? () 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。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。	Yes No	
Have any of their close relatives felt sick after receiving a vaccine? 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。	Yes No	
Has your child received a blood transfusion or gamma globulin* injection within the past six months? 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(※)	Yes No	
(For women) Is there a possibility your child may be pregnant? (Late period, etc.) (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。	Yes No	
Do you have any questions about today's vaccine? 今日の予防接種について質問がありますか。	Yes No	

*Gamma globulin is derived from blood and can be injected as a way to prevent infections, such as Hepatitis A, or as a treatment for severe infections.
 Vaccinations, such as those for measles, etc., may not be as effective for those who have had an injection within the past 3-6 months.

※ 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。

日本脳炎予防接種予診票(13歳以上対象) (2/2) Vaccine Screening for Japanese Encephalitis (Ages 13 and older)

A

Check (✓) the boxes that apply and circle the information in the parentheses. The parent/guardian signature must be filled out, regardless of whether they accompanied the child. 該当する内容の□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。

- The child is 16 or older or will be accompanied by a parent/guardian (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)
Do you agree to the vaccination, 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? (Agree / Disagree)
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)
- A parent/guardian is not accompanying the child today (予防接種当日、保護者が同伴しない場合)
Do you agree to the vaccination of your child with consideration to their medical history, overall health, and health on the day of vaccination? (Agree / Disagree) 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)

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 (or signature of child to be vaccinated if 16 or older)

(保護者(接種を受ける方が満16歳以上の場合は本人)自署)

If the child to be vaccinated is 13 or older but less than 16 years old and do not have a parent/guardian accompanying them (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)

To parents/guardians (保護者の方へ)

If you will not accompany your child on the day of their vaccination, we ask that you decide if your child should be vaccinated upon carefully reading the above. On the day of vaccination, you must fill in the sections detailed in ① and ②, and these must be brought to the medical facility where your child will be vaccinated.

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。

Unaccompanied minors without their parent/guardian signatures will not be able to receive a vaccine. If you do not wish for your child to be vaccinated, there is no need to sign in the signature box.

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 Parent/guardian signature, address, and emergency contact information (保護者自署・住所・緊急の連絡先の記入欄)

I agree to having my child vaccinated for Japanese Encephalitis, having read the explanation and understood the effects and aims of the vaccine, the possibility of severe side effects, as well as the vaccine injury compensation program.

I also agree to providing this paperwork to the City of Hiroshima, having understood that this explanation packet was created to help parents/guardians better understand the vaccination.

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。

Parent/guardian signature(保護者自署)	
Address(住所)	
Emergency contact information(緊急の連絡先)	
Date(年月日)	YYYY/ MM/ DD / /

② Vaccine Screening Questionnaire (to be filled out on the day of vaccination by the parent/guardian), consent check for vaccination, parent/guardian signature (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)

The signature box for parents/guardians above is necessary if parents/guardians will not be accompanying their child (13 and older, but under 16) on their Japanese Encephalitis vaccination. If your child will be getting their vaccination by their self, you must sign this form. Fill out the questions on the screening questionnaire by the day of vaccination after reading them carefully and sign in the parent/guardian signature box. If your child's form is unsigned by a parent/guardian and lacking confirmation of consent, they will not receive a vaccine. 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。予診票の内容を讀んだ上で、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。

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、副作用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	皮下接種	医療機関所在地
Lot No.	0.5mL	医療機関名
(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()	医師名
		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。