

予 防 接 種 予 診 表
IMMUNIZATION QUESTIONNAIRE

体 温 Body Temperature ℃	年 月 日 Time	時 AM/PM
------------------------------	---------------	------------

氏 名 Name	男 male	女 female				
住 所 Address						
生年月日 Date of birth	年 year	月 month	日生 day	年齢 Age	歳 years	ヵ月 months
保護者氏名 Name of parent / guardian :						

質 問 事 項 Questions	解 答 欄 Answer
1. Did you read the explanation of the immunization being given today ?	今日受ける予防接種について説明書を読みましたか はい・いいえ YES/NO
2. Questions regarding the growth of your child : Birth weight ?g.	お子さんの発育歴について : 出生体重 (g)
3. Were there any unusual conditions at your child's birth ?	分娩時に異常がありましたか あった・なかった YES/NO
4. Were there any unusual conditions after your child's birth ?	出生後に異常がありましたか あった・なかった YES/NO
5. Were you infomed of any extraordinary conditions in your child at his/her regular well-baby check-up ?	乳児健診で異常があると言われたことがありますか ある・ない YES/NO
6. Do you have any concerns about your child's health today ? If yes, please write down your concerns	今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください () はい・いいえ YES/NO
7. Within the past month, has your child been sick ? Name of illness :	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 () はい・いいえ YES/NO
8. Within the past month, has your child been in contact with someone who had measles, rubella, chicken pox, or mumps ? Name of illness:	1ヵ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 病名 () はい・いいえ YES/NO
9. Within the past four weeks, has your child received an immunization ? Name of immunization :	1ヵ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 YES/NO
10. Has your child ever had, and is he/she being treated for, any of the following conditions : a Congenital Abnormality, a Heart, Kidney, Liver, Brain, Nerve, or Immunity Disorder, Epilepsy, Other Name of disease	生れてから今までに特別な病気 (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) にかかり医師に診察を受けていますか 病名 () はい・いいえ YES/NO

質問事項
Questions

解答欄
Answer

11. Did the doctor who has been treating the above disease approve of your child receiving the immunization today ?	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いわれましたか	はい・いいえ YES/NO
12. Has your child ever had convulsions ? At what age ?	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 YES/NO
13. Did he/she have a fever at that time ?	そのとき熱がでましたか	はい・いいえ YES/NO
14. Has your child ever had an allergic reaction after receiving medicine or eating a particular food ?	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	はい・いいえ YES/NO
15. Have any of your children been diagnosed with a Congenital Immunodeficiency ?	お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい・いいえ YES/NO
16. Has your child ever felt ill after receiving an inoculation ? If yes, please write down the name of the immunization ?	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()	はい・いいえ YES/NO
17. Has anyone in your family ever felt ill after receiving an inoculation ?	家族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 YES/NO
18. Within the past six months, has your child had a blood transfusion or inoculation of Gamma Globulin ?	6 ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい・いいえ YES/NO
19. Do you have any questions regarding today's immunization ?	今日の予防接種について質問がありますか	はい・いいえ YES/NO

20. 医師記入欄
To be completed by the Doctor.
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)
Due to the results of the questionnaire and medical examination,
today's immunization will be (given / postponed)

医師のサイン
Doctor's signature :
.....

21. 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせる)
After hearing the above recommendation by the doctor,
would you like to let your child get immunized today ? (YES / NO)

保護者のサイン
Guardian's signature :
.....

使用ワクチン名 Vaccine given	接種量 Dosage	実施場所・医師名 Vaccination site and Doctor
ワクチン名 Name of the Vaccine : Lot No.:	(皮下接種) Hypodermic inoculation ml	実施場所 Vaccination site 医師名 Doctor 接種年月日 年(year) 月(month) 日(day) Date

(注) 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。
(Note): Gamma Globulin is a hematic medicine occasionally injected as a preventive measure for contagious diseases such as type A hepatitis or the treat serious diseases. Those who have received an injection of Gamma Globulin within the last six months have fewer designated benefits from a certain inoculation such as that for measles.