

日本脳炎 予防接種予診票

年 月 日 記入

回数	第 期	初 回(1～2回目) 追 加(3回目) ※ 2 期の場合は 4 回目	接種	回目	診察前 の体温	度	分
住 所 京都市 区							
受ける人の氏名			男・女	生年	年 月 日生		
保護者の氏名			(TEL.)	月日	(満 歳 カ月)		
お子さんの今日の体調はいかがですか。以下の質問について、あてはまるところを記入し、○で囲んでください。							
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の説明書を読みましたか					いいえ	はい	
(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 () 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 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか					あった あった ある	なかった なかった ない	
(3) 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()					はい	いいえ	
(4) 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()					はい	いいえ	
(5) 1 カ月以内に家族や遊び仲間にはしん・風しん・水痘・おたふくかぜなどの病気が の方がいましたか 病名 ()					はい	いいえ	
(6) 1 カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()					はい	いいえ	
(7) 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、医師に診察を受けていますか 病名 ()					はい	いいえ	
(8) 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	
そのときに熱が出ましたか					はい	いいえ	
(9) 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか					はい	いいえ	
(10) 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					はい	いいえ	
(11) 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 予防接種の種類 ()					はい	いいえ	
(12) 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					はい	いいえ	
(13) 6 カ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	
(14) 今日の予防接種について質問がありますか					はい	いいえ	
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うえで、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※ かつこのどちらかを○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。このことを理解のうえ、本予診票が京都市に提出されることに同意します。							
保護者自署							

(医師の記入欄) 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

医師記入欄

※ 特記事項		
※ 異常所見		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.		医師名
有効期限	ml	接種年月日 年 月 日

※ 必要があると判断された場合のみ記入してください。

接種後の状況

☆次欄は被接種者が来院，または保護者より連絡のあった場合に記入してください。

来院または連絡日	月 日	接種後 日目
副反応		
発熱	℃ 接種後	日目
	℃ 接種後	日目
腫脹・硬結 程度	強・中・弱	接種後 日目より
部位	全身・体の一部 ()	
その他	鼻汁・不元気・食欲低下・咳・その他 ()	
※ 接種前湿しんのあった者 増悪・不変・軽快 × 拡大・縮小		
再来院日		
治療・検査・経過観察	要 否	カルテ作成 社・国・自費, No.
備考		