☐ Mumps（流行性耳下腺炎）　　☐ DPT（3種混合）

IMMUNIZATION QUESTIONNAIRE（1st・2nd・3rd）

Child	Address	Phone Number（　　）	Body temperature before consultation	℃
	Name	Male Female	Name of Parent /Guardian	
	Date of Birth	Month　Date　Year	Answer	Doctor's use only
Please answer the following questions about the child Birth Weight　　Did the child have any abnormal findings at delivery? （　　）g　　Did the child have any abnormal findings after birth? Was any abnormality identified at an infant health check?			Yes / No Yes / No Yes / No	
Is the child sick today? If so, describe the nature of the illness.　（　　）			Yes / No	
Has the child been ill in the past month? Disease name（　　）			Yes / No	
Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? Disease name（　　）			Yes / No	
Has the child been vaccinated in the past month? Vaccine name（　　）			Yes / No	
Does the child have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? Disease name（　　）			Yes / No	
Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination?			Yes / No	
Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at what age did it occur?（　　）			Yes / No	
If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time?			Yes / No	
Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications?			Yes / No	
Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency?			Yes / No	
Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? Vaccine name（　　）			Yes / No	
Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past?			Yes / No	
Has the child received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called gamma globulin in the past 6 months?			Yes / No	
Only who receives DPT	Within the past six months, has your child received an DPT-IPV Add or DPT Add? Month/Date(　　/　　)		Yes / No	
Do you have any questions about today's vaccination?			Yes / No	

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

This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccination　The child has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of vaccination has been explained to me by the doctor, as has the nature of support provided if adverse events occur　I believe that I understand this information
I (do / do not)* give consent for the child to be vaccinated　* Please circle your choice
I understand the above and agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office

Signature of Parent / Guardian :

When the person except the protector takes child to the vaccination,please fill in " Power of attorney"by all means　A protector is a Person Authority and a Guardian　Who Has Parental Authority and a Guardian

Power of attorney

I entrust （　　） about this vaccination and assume it my agreement with the agreement

Signature of the parent/guardian :

ワクチン	接種量	実施医療機関名・医師名
メーカー名 Lot No	(皮下接種・経口) ml	実施医療機関 医師名
有効期限 (注)有効期限がきれていないか要確認	(接種部位) 左 ・ 右	接種年月日　　年　　月　　日

[Note] Gamma globulin is a blood product that is injected to prevent infections, such as type A hepatitis, and to treat severe infections　Certain vaccines (for example, measles vaccine) are occasionally less effective in people who have received this product in the preceding 3 to 6 months

□ 流行性耳下腺炎　□ 3種混合

予防接種予診票（１回目・２回目・３回目）

接種を受ける者	住　所	電話番号（　　）	診察前の体温　　℃	
	氏　名	男 女	保護者の氏名	
	生年月日	年　月　日生 （満　歳　ヵ月）	回答欄	医師記入欄
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 あった なかった 出生後に異常がありましたか あった なかった 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			はい / いいえ はい / いいえ はい / いいえ	
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	
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	
１カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
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	
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 病名（　　）			はい / いいえ	
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	
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	
そのとき熱が出ましたか			はい / いいえ	
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	
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	
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	
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	
６カ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			はい / いいえ	
３種混合を接種する方	６カ月以内に定期接種の４種混合又は３種混合予防接種を受けましたか 月日（　/　）		はい / いいえ	
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　）※かっこの中のどちらかを○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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者（接種を受ける者が既婚者の場合は本人）　自署

※保護者以外の者が予防接種に被接種者を連れて行く場合、「委任状」を必ずご記入下さい。未記入の場合、接種が受けられませんので注意して下さい。保護者とは、親権を行うもの（父母、養親）及び後見人です。

委　任　状

私は、被接種者のこの予防接種について、（　　）に委任し、その同意をもって、私の同意といたします。

保護者署名（直筆）

ワ　ク　チ　ン	接種量	実　施　医　療　機　関　名　・　医　師　名
メーカー名 Lot　No.	(皮下接種・経口) ml	実施医療機関 医師名
有効期限 (注)有効期限がきれていないか要確認	(接種部位) 左　・　右	接種年月日　年　月　日

（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カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。