

日本脳炎予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）

13歳以上16歳未満の子どもの保護者は裏面も必ずご確認ください 第1回・第2回・第3回・第4回

接種量 0.5ml	中間市	※住所は住民票のある住所地を記入してください ※住所地を○で囲んでください	診察前の体温	度	分
	芦屋町		再検温	度	分
住 所	岡垣町	TEL	-		
	遠賀町				
受ける人の名前	ふりがな	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日	
保護者の名前				(歳 か月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける人の発育歴についておたずねします 生まれたとき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 いわれたことがありますか	あった	なかった	
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4週間以内に病気にかかりましたか 病名 () 月 日から 月 日頃迄	はい	いいえ	
4週間以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか 病名 () 月 日頃	はい	いいえ	
27日(4週間)以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 月 日接種	はい	いいえ	
生ま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、医師の診察を受けていますか 病名 () 歳 か月頃から	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 その時に熱が出ましたか	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 薬品名 () 食品名 ()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	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がありますか 予防接種名 () 歳 か月頃	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	
女性の方へ 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 (注)妊娠または妊娠している可能性のある方に対する接種は望ましくありません	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	
病歴・健康状態・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) ※かつこ内のどちらかを○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。 保護者又は被接種者のサイン _____ ※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署			

医師記入欄	咽頭所見(異常なし・異常あり)	聴診所見(異常なし・異常あり)	その他 ()
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。 保護者又は本人に対して、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。 医師の自署又は記名押印			

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン Lot No.	皮下接種 0.5 ml 接種部位 左・右 上腕伸側	実施場所	医師名	接種年月日	令和 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか確認					

同意書

○保護者の方へ、下記事項をよくお読みください。

本様式は、13歳以上16歳未満の者を対象として実施する日本脳炎予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。接種対象者が1人で予防接種を受ける場合には必ずこの用紙を提出させるようにしてください。

説明書に記載されている内容をよく読み、十分理解し、納得された上で接種対象者に接種することを決めてください。

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。(署名がなければ予防接種は受けられません)

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

日本脳炎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、通常および稀に生じる重い副反応及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、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の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住 所

緊急の連絡先

※ 予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

※記入するのは、上記の **太枠内** と、裏面の予診票（質問事項まで）の **太枠内** です。

保護者自署2箇所を含めて、記入もれがある場合は予防接種を受けられませんので、ご注意ください。

予防接種に持っていくもの

- ・この用紙（必要事項にすべて記入してください）
- ・母子手帳及び生年月日と住所が確認できるもの（健康保険証など）

問い合わせ先

水巻町役場 健康課 健康推進係 電話 093-202-3212

接種医療機関