

(保護者が同伴しない場合)

様式第二

40130

日本脳炎予防接種予診票

3歳以上  
 6ヵ月以上3歳未満

医療機関記入欄

初1 初2 追加  
2期 不可

- ボールペンではっきりと枠からはみださないよう記入してください。
訂正の際は二重線で取り消して正しく記入してください。
この用紙は機械で読み取りますので、汚さないでください。
「・」(濁点)「ˆ」(半濁点)は同じ枠に記入してください。
苗字と名前の間は1マスあけて記入してください。

例) 01123456789

よい例) ㊦㊧㊨㊩㊪㊫㊬㊭
悪い例) ㊦㊧㊨㊩㊪㊫㊬㊭

大分市

記入いただいた情報は市民健康管理システムに利用します。

診察前の体温 度 分

住所 大分市
電話
受ける人 カナ氏名
受ける人 漢字氏名
生年月日 (西暦)
性別  男  女 (満 歳 ヵ月)

質問事項 回答欄 医師記入欄
今日受ける予防接種について大分市から配られている説明書を読みましたか
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
今日体に具合の悪いところがありますか
具体的症状を書いてください ( )
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか
病名 ( )
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 ( )
生まれてから今までに家族など身の回りに結核にかかった方がいましたか
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか
予防接種の種類 ( )
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 ( )
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
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか ( ) 歳頃
そのとき熱が出ましたか
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
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
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
予防接種の種類 ( )
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
6ヵ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
今日の予防接種について質問がありますか

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、接種をすることに ( 同意します ・ 同意しません ) ※かつ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、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名 接種量 医療機関名(実施場所)・医師名
ワクチン名 (皮下接種)
Lot No.
接種年月日
医療機関コード

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ヵ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。



氏名	性別	年齢
〒	市町村	番
区	丁目	番
号		

日本脳炎 予防接種券

40130

**○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。**

別紙の説明内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様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** 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、重篤な副反応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うえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方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、本様式が大分市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

※本様式は、**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この予診票を提出させるようにしてください。

※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。

※保護者自署欄は表にもあります。

接種券番号	40130
接種種別	日本脳炎
接種回数	1回
接種日時	年 月 日
接種場所	接種センター
接種料	無料
接種券の有効期限	接種当日
接種券の返却	接種後