

ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ 5種混合ワクチン予防接種予診票 (1/2)

Vaccine Screening Questionnaire for DPT-IPV-Hib(5-in-1 vaccine) (Diphtheria/Pertussis/Tetanus/Inactivated Poliovirus/Hib)

• Stage 1 (1st / 2nd / 3rd) • Stage 1 Booster ← Circle today's dose (今回の接種に○をしてください)
 [1期初回(1回目・2回目)] (1期追加)

Parents/guardians should fill in the form, including the address, name, sex, and date of birth listed on Resident Records, and answer all questions.
 住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

Immunization history (接種歴)		Date of screening (予診年月日)		YYYY / MM / DD			Body temp. (診察前の体温)	
		20 / /						
DPT-IPV-Hib(5-in-1) vaccination history (5種混合接種歴)	None (なし)	1st dose (1回目)	YYYY / MM / DD	2nd dose (2回目)	YYYY / MM / DD	3rd dose (3回目)	YYYY / MM / DD	
			20 / /		20 / /		20 / /	
Hib vaccination history (ヒブワクチン接種歴)	None (なし)	1st dose (1回目)	YYYY / MM / DD	2nd dose (2回目)	YYYY / MM / DD	3rd dose (3回目)	YYYY / MM / DD	
			20 / /		20 / /		20 / /	
DPT-IPV vaccination history (4種混合接種歴)	None (なし)	1st dose (1回目)	YYYY / MM / DD	2nd dose (2回目)	YYYY / MM / DD	3rd dose (3回目)	YYYY / MM / DD	
			20 / /		20 / /		20 / /	
Address (住所)				Tel/電話番号()				
Name of child to be vaccinated (受ける人の氏名)			Date of birth (生年月日)	YYYY / MM / DD	Name of parent/guardian (保護者の氏名)			
			Age (年齢)	/ /				
Sex (性別) M / F			() years () months					

Please circle the answers that apply and fill in the blanks. 次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

Questions 質問事項	Answer 回答欄	Dr. use 医師記入欄
Have you read and understood the explanation of the vaccine your child will receive today? * 今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか。 *See p. 2 for explanation of vaccine (説明書)	Yes No	
Is the child to be vaccinated a Hiroshima City resident (do they have a Resident Record in Hiroshima City)? 接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	Yes No	
The following questions are about your child's development. あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 Weight at birth () g 出生体重() g Were there any abnormalities during delivery? 分娩時に異常がありましたか。 Were there any abnormalities after birth? 出生後に異常がありましたか。 Were you told there were any abnormalities during infant checkups? 乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	Yes No Yes No Yes No	
Do you have any concerns about your child's health today? If yes, please describe their symptoms: () 今日、体に具合の悪いところがありますか。「はい」の場合、具体的な症状を書いてください。	Yes No	
Has your child been ill within the past month? If yes, which illness? () 1か月以内に病気にかかりましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。	Yes No	
Has anyone in the child's family or playmates had measles, rubella, varicella, or mumps, etc., within the past month? If yes, which illness? () 1か月以内に家族や遊び仲間、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。「はい」の場合、病名を書いてください。	Yes No	
Has your child received any vaccinations within the past month? If yes, which vaccine? () 1か月以内に予防接種を受けましたか。「はい」の場合、受けた予防接種を書いてください。	Yes No	
Has your child been treated for congenital abnormalities, or heart, renal, liver, neurological, or immunodeficiency diseases, etc., from birth until today? If yes, which disease? () 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。「はい」の場合、病名を書いてください。	Yes No	
Did the doctor in charge of their treatment approve today's vaccine? その病気を診てもらっている医師に、本日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	Yes No	
Has your child ever experienced convulsions? If yes, at what age? () ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。「はい」の場合、何歳頃に起こしましたか。	Yes No	
Did your child have a fever at the time? その時、発熱をしましたか。	Yes No	
Has your child ever had a skin rash or felt ill after eating certain foods or taking certain medications? 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。	Yes No	
Does your child have any close relatives diagnosed with congenital immunodeficiency? 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。	Yes No	
Has your child ever felt ill after receiving a vaccine? If yes, which vaccine? () 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。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。	Yes No	
Have any of their close relatives felt sick after receiving a vaccine? 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。	Yes No	
Has your child received a blood transfusion or gamma globulin* injection within the past six months? 6か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(※)	Yes No	
Do you have any questions about today's vaccine? 今日の予防接種について質問がありますか。	Yes No	

*Gamma globulin is derived from blood and can be injected as a way to prevent infections, such as Hepatitis A, or as a treatment for severe infections. Vaccinations, such as those for measles, etc., may not be as effective for those who have had an injection within the past 3-6 months.

※ ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染性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か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出ないことがあります。

ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ・ヒブ 5種混合ワクチン予防接種予診票 (2/2)
Vaccine Screening Questionnaire for DPT-IPV-Hib(5-in-1 vaccine) (Diphtheria/Pertussis/Tetanus/Inactivated Poliovirus/Hib)

Explanation of vaccine (説明書)



Public Foundation of Vaccination Research Center
((公財)予防接種リサーチセンター)

Doctor use (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・見合わせたほうが良い)と判断します。

・接種を見合わせる理由 ()

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

Parent/guardian use (保護者記入欄)

I (agree / disagree)* to the vaccination of my child, having undergone an exam by the doctor, as well as having heard their explanation and understood the effects and aims of the vaccine, the possibility of severe side effects, as well as the vaccine injury compensation program.
(*Circle one)

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)(←いずれかに○をしてください。)

This questionnaire is designed to ensure vaccination safety. I understand this and agree to the submission of this questionnaire to the City of Hiroshima.

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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

Parent/guardian signature (保護者自署)

使用ワクチン名	接種量	医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日
ワクチン名 Lot No.	皮下接種 筋肉内接種 0.5mL 接種部位 右腕・左腕・右足・ 左足・その他()	医療機関所在地 医療機関名 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日

(注)有効期限が切れていないか要確認

(注)予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。