

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。)
 (使用不可消去的圆珠笔, 并在粗框内用清晰的文字填写。)

麻しん風しん混合予防接種予診票

麻疹混合预防接种问卷

対象年齢：第1期…1歳～2歳未満 第2期…5歳～7歳未満で小学校入学の前年度
 適用年齢：第一期…1歳～2歳以下 第二期…5歳～7歳以下小学入学的前一年度

住 所 地 址	春日井市		診察前体温 診断前体温： 度 分	
	TEL 电话 — —		第()期	
ふりがな 平假名		男・女	生年月日	年 月 日生
受ける人の氏名 接種者姓名			出生年月	(満 満 歳 歳 か月 个月)
保護者の氏名 家长姓名			*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。	

質問事項	回答欄	医師記入欄 医生填写栏
1 今日の前接種について「前接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか 关于今天的预防接种, 是否已阅读、并理解了“预防接种和孩子的健康”的说明等?	はい 是	いいえ 否
2 お子さんの発育歴についておたずねします 询问有关婴儿发育的经历 出生体重()g 克 分娩時に異常がありましたか 分娩时是否有异常? () 出生後に異常がありましたか 出生后是否有异常? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか 在婴儿的健康检查时、是否曾被告知有异常? ()	なかった 无 なかった 无 ない 无	あった 有 あった 有 ある 有
3 今日、体に具合の悪いところがありますか 今天、身体是否有不舒服? 具体的な症状を書いてください 请填写具体的症状 ()	いいえ 否	はい 是
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか 最近一个月内有生过病吗? 病名() (月 日～ 月 日頃日左右)	いいえ 无	はい 有
5 1か月以内に家族や遊び仲間麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか 一个月内有家人和朋友得过麻疹、风疹、水痘、腮腺炎等疾病? 病名() 月 日頃日左右)	いいえ 无	はい 有
6 1か月以内に他の前接種を受けた場合、接種間隔は適切ですか 一个月以内接受过其他预防接种时, 接种间隔是否合适?	はい 是	いいえ 否
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、医師の診察を受けていますか 从出生到现在, 是否有被医生诊断为患有先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症等其他疾病? 病名() (「はい」の人のみ) (仅适用回答“是”的人) その病気の主治医には、今日の前接種を受けても良いといわれましたか 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?	いいえ 否 はい 是	はい 是 いいえ 否

8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 是否曾发生过痉挛(抽搐)? (歳 月頃个月左右)	いいえ 否	はい 是
	(「はい」の人のみ)(仅适用回答“是”的人) そのとき熱が出ましたか 当时、是否有发热?	いいえ 否	はい 是
9	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 是否有因药物及食品过敏而在皮肤上出现疹子或荨麻疹，或是身体不舒服的情况? 薬品名 薬物名() 食品名()	いいえ 否	はい 是
10	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 在自己的近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人?	いいえ 否	はい 是
11	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 至今为止预防接种时，身体是否有过不舒服? 予防接種の種類 预防接种的种类() 症状()	いいえ 否	はい 是
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 在自己的近亲中是否有预防接种后身体不舒服的人? 予防接種の種類 预防接种的种类 ()	いいえ 否	はい 是
13	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 6个月之内接受过输血或是注射了丙种球蛋白(γ球蛋白)吗? 輸血・ガンマグロブリン注射 输血・丙种球蛋白注射 (月 日頃日左右)	いいえ 无	はい 有
14	今日の予防接種について質問がありますか 关于今天的预防接种是否还有疑问? ()	いいえ 无	はい 有

医師記入欄 医生填写栏

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。

体温37.5℃以上で
接種した理由

見合わせ理由

医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)

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、接種を受けることに **(同意します・同意しません)**

接受了医生的检查和说明，在理解预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性、预防接种健康受害救济制度等的基础上，**(同意・不同意)**接受接种

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。

保護者署名

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。

家长签名

本問卷的目的是确保预防接种的安全性。

(自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄)

在理解的基础上，同意向市政府提交本问卷。

(如非家长签名时，请记入其姓名、和其关系)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日	予診年月日
ワクチン名 ロットシール貼付	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入
Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認			

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。

丙种球蛋白是一种血液产品，为了预防甲型肝炎等的传染病、和治疗严重的传染病的目的等而注射了丙种球蛋白后，如在3～6个月内再接受麻疹疫苗等的预防接种时，可能会无法充分发挥预防接种的效果。