

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)? (歳歳 か月頃个月左右)	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	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。 医師署名 (自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)		体温37.5℃以上 で接種した理由		見合わせ理由
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 本问卷的目的是为了确保预防接种的安全性。 家长签名 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。 (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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(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