

(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。)
 (Please fill in the bold frames in easy-to-read characters with an indelible ballpoint pen)

日本脳炎予防接種予診票

Japanese encephalitis Vaccine Screening Questionnaire

対象年齢：第1期…6か月～7歳6か月未満(標準的な接種期間は3歳～)
 Target age: 1st stage period …6 months to 7 years and 6 months old
 (from 3 years old as a standard period)

第2期…9歳～13歳未満
 2nd stage period …9 years to less than 13 years old

平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの人…6か月～20歳未満
 Children who were born from April 2nd of 1995 to April 1st of 2007
 …6 months to less than 20 years old

平成19年4月2日～平成21年10月1日生まれの人…第1期末接種分を9歳～13歳未満で接種可能
 Children who were born from April 2nd of 2007 to October 1st of 2009
 …Unvaccinated dose of 1st stage period can be vaccinated from 9 to less than 13 years old

診察前体温Body temperature before exam °C	
接種回数 Number of vaccination ()回目 time	
1か月以内に受けた他の予防接種 Other vaccination received within the past month 年 Year 月 month 日 day (種類 Type of vaccine) 年 Year 月 month 日 day (種類 Type of vaccine)	
日本脳炎の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 If the child receives the second or later dose of Japanese encephalitis Vaccine, all previous vaccination dates should be written. 1回目 1 st time: 年 year 月 month 日 day 2回目 2 st time: 年 year 月 month 日 day 3回目 3 st time: 年 year 月 month 日 day	
生年 月日 Date of Birth	Bomon 年 year 月 month 日 day (満 Age 歳 years カ月 months old)

住所 Address	春日井市 Kasugai-shi TEL — —	
ふりがな In Hiragana		男・女 M・F
受ける人の氏名 Child's Name		
保護者の氏名 Parent/ Guardian's Name		

*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 Questionnaire for Vaccination		回答欄 Answer		医師記入欄 Doctor's comment
1	今日の予防接種について「予防接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか Have you read and understood "Vaccination and Children's health" and other information material about the vaccination you'll be receiving today?	はい Yes	いいえ No	
2	お子さんの発育歴についておたずねします Please answer the following questions about developmental history of the child. 出生体重 Birth Weight() g 分娩時に異常がありましたか Did the child have any abnormal findings at delivery? () 出生後に異常がありましたか Did the child have any abnormal findings after birth? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Was any abnormality identified at an infant health check? ()	なかった No	あった Yes	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Is the child sick today? 具体的な症状を書いてください If yes, describe the nature of the illness ()	いいえ No	はい Yes	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか Has the child been ill in the past month? 病名 Disease name () About when? 月 month 日 day ~ 月 month 日頃 day	いいえ No	はい Yes	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? 病名 Disease name () About when? 月 month 日頃 day	いいえ No	はい Yes	

6	<p>日本脳炎の2回目以降の接種や1か月以内に他の予防接種を受けた場合、接種間隔は適切ですか If the child received the second or later dose of Japanese encephalitis Vaccine, or other vaccine in the past month, is the vaccination interval appropriate?</p> <p>2回目：1回目から7日以降(標準としては28日までの間) 2nd time: 7th day or later after the first dose (until 28th day as a standard interval) 3回目：2回目からおおむね1年 3rd time: about a year after the second dose</p>	はい Yes	いいえ No	
7	<p>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 Does the child have a congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, neurologic, immunodeficiency or other diseases from birth to now? 病名Disease name ()</p>	いいえ No	はい Yes	
	<p>(「はい」の人のみ) (Only for those who answered "Yes") その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いといわれましたか Did the doctor in charge of the above disease agree with today's vaccination?</p>	はい Yes	いいえ No	
8	<p>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? About what age? (歳 years か月頃 months old)</p>	いいえ No	はい Yes	
	<p>(「はい」の人のみ) (Only for those who answered "Yes") そのとき熱が出ましたか Did the child have a fever at that time?</p>	いいえ No	はい Yes	
9	<p>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 Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications? 薬品名Medicine name () 食品名Food name ()</p>	いいえ No	はい Yes	
10	<p>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 Does the child have a family member or relative with congenital immunodeficiency?</p>	いいえ No	はい Yes	
11	<p>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 Has the child ever felt sick after receiving a vaccination? 予防接種の種類Type of vaccine () 症状Symptom ()</p>	いいえ No	はい Yes	
12	<p>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 Has any family member or relative of the child ever felt sick after receiving a vaccination? 予防接種の種類Type of vaccine ()</p>	いいえ No	はい Yes	
13	<p>今日の予防接種について質問がありますかDo you have any questions about today's vaccination? ()</p>	いいえ No	はい Yes	
<p>医師記入欄 Doctor's comment 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)</p>		<p>体温37.5℃以上 で接種した理由</p>		<p>見合わせ理由</p>
<p>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) Having received the doctor's examination and explanation and having understood the aims and effects of this immunization, the risk of severe side effects and the vaccine injury compensation program, I (do・do not) give consent for the child to be vaccinated. 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。 This questionnaire has the purpose to ensure the vaccination's safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city. 保護者署名Parent/Guardian's Signature (自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄 self-signed, first and last name/If you're not guardian, your first and last name,relationship)</p>				
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
<p>ワクチン名 ロット No. (注)有効期限が切れていないか要確認</p>		<p>(皮下接種) ml</p>	<p>実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日</p>	<p>令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入</p>