

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

三種混合予防接種予診票

DPT (Diphtheria・Pertussis・Tetanus)

対象年齢：3 か月～7 歳 6 か月未満

Target age: 3 months to less than 7 years and 6 months old

住 所 Address	春日井市 Kasugai-shi		TEL — —		診察前体温Body temperature before exam ℃
	ふりがな In Hiragana	受ける人の氏名 Child's Name	男・女 M・F	生年 月日 Date of Birth	接種回数 Number of vaccination ()回目 time
保護者の氏名 Parent/ Guardian's Name					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) 三種混合の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 DPT Vaccine, all previous vaccination dates should be written. 1回目 1 st time 年 year 月 month 日 day 2回目 2 nd time 年 year 月 month 日 day 3回目 3 rd time 年 year 月 month 日 day
					*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 the 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 なかった No ない No	あった Yes あった Yes ある 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	三種混合の2回目以降の場合及び直近1か月に受けた予防接種との接種間隔は適切ですか If the child received the second or later dose of DPT Vaccine, or other vaccine in the past month, is the vaccination interval appropriate? 2・3回目：前回から21日目から57日目まで 2 nd and 3 rd time: 21 st day to 57 th day after previous dose 4回目：前回から6か月以上(標準として12~18か月の間) 4 th time: 6 months or more after previous dose (between 12 and 18 months as a standard interval)	はい Yes	いいえ No	

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 Has the child ever been treating of congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, neurologic, immunodeficiency or other diseases from birth to now? Is the child consulting any doctor? 病名Disease name ()	いいえ No	はい Yes	
	(「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?	はい Yes	いいえ No	
8	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)	いいえ No	はい Yes	
	(「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?	いいえ No	はい Yes	
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 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 ()	いいえ No	はい Yes	
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 Does the child have a family member or relative with congenital immunodeficiency?	いいえ No	はい Yes	
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 Has the child ever felt sick after receiving a vaccination ? 予防接種の種類Type of vaccine () 症状Symptom ()	いいえ No	はい Yes	
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 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 ()	いいえ No	はい Yes	
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 Has the child received a blood transfusion or an injection of gamma globulin within 6 months? 輸血・ガンマグロブリン注射Blood Transfusion・Injection of gamma globulin About when? (月month 日頃day)	いいえ No	はい Yes	
14	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? ()	いいえ No	はい Yes	
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)		体温37.5℃以上 で接種した理由		見合わせ理由
<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)</p> <p>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.</p> <p>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。</p> <p>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.</p> <p>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	
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	