

(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)

## 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ) 予防接種予診票

対象年齢：2 か月～7 歳 6 か月未満

**DPT-IPV (Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Poliomyelitis)**

**Vaccine Screening Questionnaire**

Target age: 2 months to less than 7 years and 6 months old

診察前体温 Body temperature before exam ℃	
接種回数：( )回目 Number of vaccination 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 )	
四種混合の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-IPV Vaccine, all previous vaccination dates should be written. 1回目 1 <sup>st</sup> time 年year 月month 日day 2回目 2 <sup>nd</sup> time 年year 月month 日day 3回目 3 <sup>rd</sup> time 年year 月month 日day	
生年月日 Bomon 年year 月month 日day (満Age 歳years か月monthsold)	男・女 M・F

住所 Address	春日井市 Kasugai -shi  TEL - -	
ふりがな In Hiragana		
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	今までにポリオワクチン又は三種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか Has the child received Polio or DPT (Diphtheria・Pertussis・Tetanus) Vaccine?	いいえ No	はい Yes	
	(「はい」の人のみ) (only for those who answer "Yes") ポリオワクチン接種日 Polio vaccination dates 1回目 1 <sup>st</sup> time 年year 月month 日day(生 live・不活inactivated) 2回目 2 <sup>nd</sup> time 年year 月month 日day(生 live・不活inactivated) 3回目 3 <sup>rd</sup> time 年year 月month 日day(生 live・不活inactivated) 4回目 4 <sup>th</sup> time 年year 月month 日day(生 live・不活inactivated) 三種混合ワクチン接種日 DPT (Diphtheria・Pertussis・Tetanus) vaccination dates 1回目 1 <sup>st</sup> time 年year 月month 日day 2回目 2 <sup>nd</sup> time 年year 月month 日day 3回目 3 <sup>rd</sup> time 年year 月month 日day 4回目 4 <sup>th</sup> time 年year 月month 日day			
3	四種混合の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 DPT-IPV Vaccine, or other vaccine in the past month, is the vaccination interval appropriate? 2・3回目：前回から21日目以降(標準としては56日までの間) 2 <sup>nd</sup> and 3 <sup>rd</sup> time: 21 <sup>st</sup> day or later after previous dose (until 56 <sup>th</sup> day as a standard interval) 4回目：前回から6か月以降(標準として12～18か月の間) 4 <sup>th</sup> time: 6 months or more after previous dose (between 12 and 18 months as a standard interval)	はい Yes	いいえ No	
4	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 an abnormal finding at delivery? ( ) 出生後に異常がありましたかDid the child have an abnormal finding 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	

5	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	
6	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	
7	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	
8	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	
9	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	
10	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	
11	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	
12	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	
13	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	
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	
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. この予防票は、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、本予防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)		
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 L o t No. <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">ロットシール貼付</span> (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