5種混合予防接種予診票兼接種・非接種通知書

Lot No.

(注)有効期限が切れていないか要確認

Vaccine Screening Questionnaire for DPT-IPV-Hib (Diphtheria/Pertussis/Tetanus/Polio/Hib)

4	^
1	h

Please fill in the blanks and circle the appropriate answer

rease in in the oranks and effect the appropriate answer					第1期				
(Especially the blanks	s in bold frames)				回		2回目	3回目	追加分
Immunization Date	Year年	Month月	Day∃		数	1	2	3	4
申込年月日 Address	Hamamatsu-shi					Tempera 診察前の($^{\circ}\!\mathbb{C}$
住所						Telephone 電話			
フリガナ						D' d D			
Name of the child				Ge	ender 性別	Birth Date 生年月日			
受ける人の氏名				() M 男	工十/1日		year mo	onth day
Name of the guardian 保護者の氏名				()F 女	Age 年齢		years &	months old

Name of the guardian 保護者の氏名			()1 ×	Age 年齢		years &	z mo	onths old
Questions							wers	Dr. Use
Have you read "Vaccination and Chi		l understood the vaccinations you wil	ll be taking t	oday?		No	Yes	
今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」を読み、理解しましたか Please answer the following questions about the child.あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Body weight at birth () g Did the child have any abnormal findings at delivery? 分娩時の異常がありましたか 出生体重 Did the child have any abnormal findings on the 1st few months of birth?出生後に異常がありましたか Has the child ever been indicated to have an abnormality in a medical checkup for infants?								
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Do you have any concerns about the child's health today?今日体に具合の悪いところがありますか If yes, describe the symptoms: 具体的な症状を書いてください ()								
Has the child been ill within this past month? 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか If yes, describe the illness 病名(
Has anyone in the child's family or friends had measles, rubella, varicella or mumps within this past month? 最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、麻しん、風しん、木痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか If yes, describe the illness 病名(No	
Have you had any of the following vaccinations many times before? A.DPT-IPV-Hib (Diphtheria/Pertussis/Tetanus/IPV/Hib) B.DPT-IPV (Diphtheria/Pertussis/Tetanus/Polio) E.IPV (Inactivated Polio) F.Hib A.5種混合 B.4種混合 C.3種混合 D.ポリオ(生) E.ポリオ(不活化) F.ヒブを何回接種していますか						B (): C (): D (): E ():	times	
Has the child received any immunization within the past month? (If yes, describe the date and circle the type) 最近は月以内に予防接種を受けましたが(受けた場合には最後に接種した年月日とワクチンの種類に○を記入してください) Date 接種年月日 year年 month月 day 日 ・Hib ・Infant Pneumococcal 小児用肺炎球菌 ・Hepatitis B B型肝炎 ・DPT-IPV-Hib s種混合 ・DPT-IPV 4種混合 ・BCG ・Measles/ Rubella MR ・Varicella 水痘 ・Japanese encephalitis日本脳炎・Othersその他(No	
Has the child ever been treating of congenital abnormalities(diseases of heart,renal,liver,neurologic, immunodeficiency or other serious disease)from birth to now? Is the child consulting any physician now? 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、その他病気にかかり、医師の診察を受けていますか If yes, describe the illness 病名 ()						Yes	No	
Did the doctor in charge for the treatment approved the immunization today? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか							Yes	
Has the child ever had convulsions?ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか If yes, at what age? () 歳頃						Yes Yes	No	
Did the child have a fever at the time? そのときに熱が出ましたか Has the child ever had skin rash or felt ill after taking any medicine or food? 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							No	
すか If yes, what kind of medicine or food 薬・食品名 ()						Yes	No	
Is there any close relatives with congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか Has the child ever felt ill after receiving an immunization? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか					Yes	No		
If yes, what type of vaccine? 予防接種の種類()						Yes	No	
Has any of your close relatives ever felt ill after receiving an immunization?近親者に接種を受けて具合が悪くなった人はいますか						Yes	No	
Do you have any questions regarding today's immunization? 今日の予防接種について質問がありますか 医師の 記入欄 According to the result, today's vaccination is: Do you have any questions regarding today's immunization? 今日の予防接種は 3 可能 2 見合わせる Postponed Postpon					医師のサ	Yes No サイン Physician's signature		
Doctor's Use 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、説明しました。 (注)ワ					クチンの種類・有効期限を要確認			
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, do you consent the immunization? This questionnaire has the purpose to ensure the immunization's safety. I'm aware of that and agree with			Guara	dian's signature 保護者自署				
the submission of this questionnaire to the		is saicty. I in aware of that and agree wi	1111					
使用ワクチン	接種量		実施場所 ・ 医	師名・ 接種年月	B			
ワクチン名	(皮下接種又は筋肉内接種)	実施場所 医師名						
Lot No.	0.5							

接種年月日(非接種判定日)

月