## <u>児童·生徒用日本脳炎予防接種予診票兼接種·非接種通知書</u>

## Vaccine Screening Questionnaire for Japanese Encephalitis

Target Age for 2nd Stage (9 years of age to before completing 13 years)

3

Please fill in the blanks and circle the appropriate answer (Especially the blanks in bold frames)					回数	第2期	第1期 1回目 としてi	分	第1期初回 2回目分 として接種		第1期 追加分 として接種	
Immunization Date	Yea	ar年 Month月 Day	у目			25	21		22	2	24	
申込年月日 Address	Hamamatsu-sh	hi				Temperature 診察前の体温			°C		$^{\circ}$	
住所 						Telephone 電話						
フリガナ Name of the child 受ける人の氏名	Gender 性别 Birth Date 生年月日							year month day 年 月 日				
Name of the guardian 保護者の氏名				( )F #		years &		m	months old			
		Oues	stions						Answers Dr. Use			
Do you have any conce	rns about the			ナか								
If yes, describe the symptoms: 具体的な症状を書いてください ( )									es	No		
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									es	No		
If yes, describe the illness 病名( )									es	NO		
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、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか								Y	es	No		
If yes, describe the illness 病名( )												
Has the child received any immunization within the past month? (If yes, describe the date and circle the type) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか(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									***	No		
Date 接種年月日       year年       month月       day 目         ・Japanese encephalitis日本脳炎・Diphteria / Tetanus DT・Cervical cancer vaccine子宮頸がん予防・Othersその他( )       )									es			
	tracting of ac	nganital abnormalitia	s(disagge of happy ran	al liver new	ıro1	ogio			-			
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									es	No		
If yes, describe the illness 編久 (												
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									О	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									es	No		
Did the child have a fever at the time? そのときに熱が出ましたか									es	No		
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すか If yes, what kind of medicine or food 薬・食品名 ( )								Y	es	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									es	No		
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 If yes, what type of vaccine? 予防接種の種類 ( )								Y	es	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									es	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								Y		No		
医師の 記入欄 Doctor's U上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 3 可能 2 見合わせる Postponed E師の Postponed Employer								)サイン Physician's signature				
Usa 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。									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 同意します								rdian's	dian's signature 保護者自署			
and the vaccine injury compensation program, do you consent the immunization? しません This questionnaire has the purpose to ensure the immunization's safety. I'm aware of that and agree with the submission of this questionnaire to the Hamamatsu city.												
使用ワクチン 接種量 実施場所 · 医師名 · 接種年月								日				
ワクチン名		(皮下接種)	<b>-</b> -1618	24,00	22.17	. — 1						
			実施場所 									
Lot No.		0.5	医師名									

mL 接種年月日(非接種判定日)

月

日

(注)有効期限が切れていないか要確認