

Vaccine Screening Questionnaire for [] 予防接種予診票

1st term 1期	1st 1回目	2nd 2回目	3rd 3回目	Booster 追加	2nd term 2期	Body temperature before interview 診察前の体温	Degrees
Address 住所							
Child's Name 被接種者氏名				M 男	Birthdate 生年月日	Born on 西暦	/ / (y/m/d) 年 月 日
Parent/Guardian's Name 保護者氏名				F 女	Age 年齢	years 歳	months か月

Questionnaire for Vaccination 質問事項	Answer 回答欄	Doctor's comment 医師記入欄
Have you read the document (sent to you previously by the municipal office) explaining the vaccination that will be administered today? 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか	Yes No	
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 Birth Weight 出生体重 Did the child have any abnormal findings at delivery? 分娩時に異常がありましたか ()g Did the child have any abnormal findings after birth? 出生後に異常がありましたか Was any abnormality identified at an infant health check? 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	Yes No Yes No Yes No	
Is the child sick today? 今日体に具合の悪いところがありますか If so, describe the nature of the illness. 具体的な症状を教えてください ()	Yes No	
Has the child been ill in the past month? 最近1か月以内に病気がかかりましたか Disease name 病名 ()	Yes No	
Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか Disease name 病名 ()	Yes No	
Has the child exposed to anyone with tuberculosis (including family members)? 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	Yes No	
Has the child been vaccinated in the past month? 1か月以内に予防接種を受けましたか Vaccine name 予防接種の種類 ()	Yes No	
Has the child have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか Disease name 病名 ()	Yes No	
Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination? その病気を診てもらっている医師の今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Yes No	
Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか If so, at what age did it occur? 何歳頃ですか ()	Yes No	
If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time? そのとき熱が出ましたか	Yes No	
Has the child ever had a rash or urticarial (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or became ill after eating certain foods or receiving certain medications? 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	Yes No	
Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	Yes No	
Has the child had a serious reaction to vaccine in the past? 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 Vaccine name 予防接種の種類 ()	Yes No	
Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	Yes No	
Has the child received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called gamma globulin in the past 6 months? 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	Yes No	
Do you have any questions about today's vaccination? 今日の予防接種について質問がありますか	Yes No	
Doctor's comment 医師記入欄 Based on the above answers and the results of interview, I have decided that the child (can / should not) receive a vaccination today. I have explained to the parent / guardian the information concerning the benefits and side effects of vaccination and the support provided to people who have had adverse events associated with vaccination. 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。 Signature or Name and Seal of Doctor 医師署名又は記入押印:		

This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccination. The child has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of vaccination has been explained to me by the doctor, as has the nature of support provided if adverse events occur. I believe that I understand this information.
I (do / do not) * give consent for the child to be vaccinated. *Please circle your choice.
I understand the above and agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office.
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、接種することに(同意します・同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。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。
Signature of Parent / Guardian 保護者自署:

Vaccine Name 使用ワクチン名	Dosage 接種量	Institution / Doctor Name / Date Administered 実施場所・医師名・接種年月日
Vaccine Name ワクチン名 Lot Number ロットナンバー (Caution) Confirm that the expiration date of the vaccine is valid. (注) 有効期限が切れていないか要確認	*(Subcutaneous injection) ※皮下接種 mL	Institution: 実施場所 Doctor Name: 接種医師名 Date Administered: 接種年月日 西暦 年 月 日 (y/m/d)

(Note) Gamma globulin is blood product that is injected to prevent infections, such as type A hepatitis, and to treat severe infections. Certain vaccines (for example, measles vaccine) are occasionally less effective in people who have received this product in the preceding 3 to 6 months.

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

*In the case of BCG vaccination, describe, for example, "percutaneous vaccination using a BCG apparatus with multiple needles at a specified volume." ※BCGの予防接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。