小児用肺炎球菌予防接種予診票				診察前体温Body temperature before exam °C						
Pediatric Pneumococcal Vaccine screening questionnaire			接種回数 Number of vaccination							
				<i>"</i> ((目 time			
対象年齢:2か月~5歳未満 Target age: 2 months to less than 5 years old		1か月以内に受けた他の予防接種								
		Other vaccination received within the past mont 年 Year 月 month 日 day								
raiget age. 2 months to less than 3 years old			年	∃ day						
			(種類 Typ)			
				Year	月 moi	nth	∃ day			
	_		(種類 Typ)			
	春日井市		小児用肺炎球菌の2回目以降の場合、接種日							
	Kasugai-shi			すべて記入						
,		If the child receives the second or later dose								
住所		Pediatric Pneumococcal Vaccine, all previous								
Address				vaccination dates should be written 1回目1stime: 年year 月month 日da						
			2回目2stt		. 5	月month	⊨ day			
	TEL — —			3回目3sttime: 年year 月month						
ふりがな			牛年		1 y car	<i>/</i> ,	∃day			
In Hiragana		男・女	月日	Bornon	年year	月 month	∃da			
		M·F	Date of	(満Age			nonths old			
Child's Name		141 1	Birth	(IIII) TIGE	ля усы	3 /0/11	ionais oid			
保護者の氏名										
			*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄							
Guardian's Name			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 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	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しん、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	小児用肺炎球菌の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 Pediatric Pneumococcal Vaccine, or other vaccine in the past month, is the vaccination interval appropriate?	は い Yes	いいえ No	

生まれてからもまでに先大性異常、心臓、腎臓、肝臓、肝臓炎、免疫不全症その他の病 気にかから、医師の影を受けていますか Has the child ever been treating of congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, neurologic, immunodeficiency or other serious diseases from birth to now? 1											
でしてはい。の人のみら)のhy 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? ひきつげ(けいれん)をおこしたことがありますか Has the child had a seture (spasm or fit) in the past? About what age? (数years か月暖months old) Yes	7	Has the child ever been treating of congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, neurologic, immunodeficiency or other serious diseases from birth to now? Is the child consulting any doctor?						, _			
Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past?		(「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									
About what age? (Has the child had a seizure (spa	sm or fit) in th	-				. –			
要や食品で換の性の表したが到する。 要や食品で変質に発酵やでしたましんが出たり、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 infettle 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Pood name()) を出るPood name()	8				か月頃	months	old)		100		
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? Xes		(「はい」の人のみ) Only for tho	se who answered	d "Yes"				いいえ	はい		
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? 素品名 Medicine name(そのとき熱が出ましたかDid the	child have a feve	er at that time	?			No	Yes		
### medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications? 東品名 Medicine name (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	ったこと	があります	ナか				
### medications? Rad A Medicine name (Has the child ever had a rash or urti	caria (hives or 'ı	nettle rash')a:	s a reacti	on to					
### medications? X	0	medications or food or become ill at	ter eating certai	n foods or rec	eiving cei	rtain		いいえ	はい		
度品名Food name ()	9		G		Ü			No	Yes		
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? 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 (薬品名Medicine name()				
Does the child have a family member or relative with congenital immunodeficiency?		食品名Food name()				
Does the child have a family member or relative with congenital immunodeficiency?	1.0	近親者に先天性免疫不全と診断され	れている人はい	ますか				いいえ	はい		
これまでに子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?	10	Does the child have a family member	r or relative witl	n congenital in	nmunode	eficiency?		No	Yes		
To 技術種の種類Type of vaccine (•					
一定状気を構しる機関は関する vaccine () No Yes 症状気ymptom ()) No 変数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? 予防接種の種類でする vaccine () Yes No Yes Yes の 中の子防接種について質問がありますか Doyou have any questions about today's vaccination? () いいえ (は い No Yes) No Yes		Has the child ever felt sick after rece	iving a vaccinati	on?				いいえ	はい		
症状Symptom(11	予防接種の種類Type of vaccine (· ·)	No	Yes		
世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 ()))				
Has any family member or relative of the child ever felt sick after receiving a vaccination?			悪くなった人はい	ハますか							
子防接種の種類Type of vaccine (12				g a vaccina	ation?		. –			
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? No Yes					J)	No	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) 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。 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. 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 フクチン名			ますかDo vou ba	ve any question	s ahout to	day's vacci	ination?	いいえ	はい		
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) 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。 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. 「使用ワクチン名 接種 星 実施場所・接種医師名・接種年月日 予 診 年 月 日 し t No. (皮下接種) 実施場所 令和 年 月 日	13	(φ) % Doyouna	ve arry question	3 about to	ady 5 vacci)				
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) 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。 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. 「使用ワクチン名 接種 星 実施場所・接種医師名・接種年月日 予 診 年 月 日 し t No. (皮下接種) 実施場所 令和 年 月 日	医師	記入欄 Doctor's comment						体温37.5℃	以上	- L合わせ3	里 由
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) 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。 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. 「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 アクチン名 (皮下接種) 実施場所・接種医師名・接種年月日 予診年月日 マクチン名 (皮下接種) 実施場所・接種医師名・接種年月日 予診年月日			店接種は(実施で	きる・見合わ	せた方が	まよい) と	判断し				
関をしました。 医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印) 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. この予診察は、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、本予診察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. 「使用ワクチン名」接種量果施場所・接種医師名・接種年月日予診年月日 アクチン名 レットシール貼付)(皮下接種) Lot No. 「皮下接種」 東施場所 接種医師名 「皮下接種」 ・ 大種種医師名 「皮下接種」 ・ 大種種医師名・ 大種年月日・ア・診・年月日 ・ おおいます。 は、											
医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印) 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。 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. 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 フクチン名 接種量 実施場所・接種医師名・接種年月日 予診年月日 Lot No.											
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。 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. 「信署、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) 「「中国フクチン名」「東施場所・接種医師名・接種年月日」「中国フクチン名」「東施場所・接種医師名・接種年月日」「中国フクチン名」「東施場所」「大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大阪・大											
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。 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. 「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 マクチン名 「皮下接種」 「											
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。 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. 「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 東施場所・接種医師名 「皮下接種」 大のも、No. 「皮下接種」 大のも、No.											
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。 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. 「自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (self-signed, first and last name/ lf you're not guardian, your first and last name, relationship) 使用ワクチン名 「使用ワクチン名」「接種」「実施場所・接種医師名・接種年月日」「予診年月日」「フクチン名」「大学種」「大学種」「大学社会」「大学	上で、接種を受けることに (同意します・同意しません)										
consent for the child to be vaccinated. 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。 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. 「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 ロットシール貼付 (皮下接種) 接種医師名 「皮下接種」 との t No.											
この子診票は、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。 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. 「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 アクチン名 「ロットシール貼付」 (皮下接種) 接種医師名 「皮下接種」 との t No.	immunization, the risk of severe side effects and the vaccine injury compensation program, I (do · do not) give										
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。 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. 「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 アクチン名 実施場所・接種医師名・接種年月日 予診年月日 トルロットシール貼付 接種医師名											
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. 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 アクチン名 実施場所・接種医師名・接種年月日 予診年月日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	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。 保護者署名Parent/Guardian's Signature										
safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city. The propose to clistic the vacchitations of this questionnaire to the city. 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 アクチン名 実施場所 令和 年 月 日 Lot No. No. で表す 接種医師名 日本											
safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city. 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 アクチン名 大田 大田 大田 大田 大田 大田 大田 大	This questionnant has the purpose to clistic the vaccination's										
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 しつットシール貼付 しのt No. (皮下接種) (皮下接種) 接種医師名 実施場所 接種医師名 令和年月日											
ワクチン名 (皮下接種) Lot No. (皮下接種) 接種医師名											
Lot No. (皮下接種) 大地 物門 接種医師名 令和 年 月 日	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										
Lot No. (ロットシール貼付) (及下接種) 接種医師名 分和 年 月 日	ワク			宝施提品							
Lot No. O 5ml 以在 D 5ml		(ロットシール貼付)	(皮下接種)	()				令和	年	月	目
(注)有効期限が切れていないか要確認 ひこり 接種年月日 令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ	1 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
	(注)有効期限が切れていないか要確認 U.JIII 接種年月日 令和 年 月 F				* 見合	わせの場	合のみ				