

五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ) 予防接種予診票

対象年齢：2 か月～7 歳 6 か月未満

DTPa-IPV-Hib

(Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio, and Haemophilus Influenzae Type B (Hib))

Vaccine Screening Questionnaire

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

住 所 Address	春日井市 Kasugai-shi		TEL — —		診察前体温 Body temperature before exam ℃
	ふ り が な In Hiragana		男・女 M・F	生年 月 日 Date of Birth	接 種 回 数：( )回目 Number of vaccination time
受ける人の氏名 Child's Name					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 )
保 護 者 の 氏 名 Parent/ Guardian's Name					五種混合の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 DTPa-IPV-Hib 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
					* 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	今までに下記ワクチンのいずれかの接種を受けたことがありますか Has the child ever received any of the following vaccines? (「はい」の人のみ)※該当するワクチン名に○印を付けてください。 (only for those who answer "Yes")※*Please circle the applicable vaccine name(s). 三種混合、四種混合 ワクチン接種日 DTaP (Triple) and DTaP-IPV (Quadruple) Vaccine Administration Date 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 ポリオ単独、ヒブ単独 ワクチン接種日 Polio single vaccine, Hib single vaccine administration date. 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)					
	五種混合の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 DTPa-IPV-Hib 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(標準としては18か月までの間) 4 <sup>th</sup> time: 6 months or more after previous dose (typically within 18 months as the standard.)					
3				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(姓名) 自署又は記名押印(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(ウシ成分の使用に関する説明を含む)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) After receiving a doctor’s examination and explanation (including information regarding the use of bovine ingredients), and understanding the effects and purpose of the vaccination, the possibility of severe side effects, and the vaccination health damage compensation system, I (agree / do not agree) to receive the vaccination. 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。この保護者自署 Parent/Guardian’s Signature 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. (姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (Name / If not the guardian, please provide name and relationship)				
使用ワクチン名		注射の種類	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
Lot No. ロットシール貼付		皮下注射・筋肉注射	0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか要確認				予診年月日 令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入