01　　日本脳炎　予防接種予診票（3歳未満）　千葉市　　05　日脳1

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

接種回数	1	←1期初回1回目は1、1期初回2回目は2、追加接種は4を記入してください	
住所	千葉市　　区	電話	―　　―
予防接種番号		実施日 ※医療機関記載欄	西暦 2 0　年　月　日
フリガナ		性別	
氏名		保護者氏名	
生年月日	西暦　年　月　日	子の満年齢	歳　か月

（↑予防接種番号シールをはってください）　診察前の体温　度　分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重（　　）g　分娩時に異常がありましたか。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（　月　日：　　）	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名（　月　日：　　）	はい	いいえ	
1か月以内に、予防接種を受けましたか。（日付:種類） （　月　日：　　）（　月　日：　　）（　月　日：　　） （　月　日：　　）（　月　日：　　）（　月　日：　　）	はい	いいえ	
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（投薬など）を受けていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（　歳　か月頃）	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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。 予防接種名（　　）	ある	ない	
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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合（　　）	はい	いいえ	

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名		実施医療機関名	コード
Lot.No.		たるいこどもクリニック幕張	0 3 7 6
有効期限	西暦　年　月　日		
接種の適否	接種量	接種医師名（接種不の場合は判定医師）	コード
1 1. 適 2. 否	2 0.25ml 皮下接種	垂井　洋樹	0 0 1

医師の記入欄
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。
医師署名又は記名押印

保護者（または代理者）の記入欄　（※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です）
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、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。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者（または代理者）自署

（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カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

日本脳炎予防接種　：　第1期　（医療機関控用）

1　被接種者氏名（　　）　生年月日　　年　　月　　日

2　住所　千葉市　　区

3　接種年月日　　年　　月　　日　　メーカー名　　LotNo.