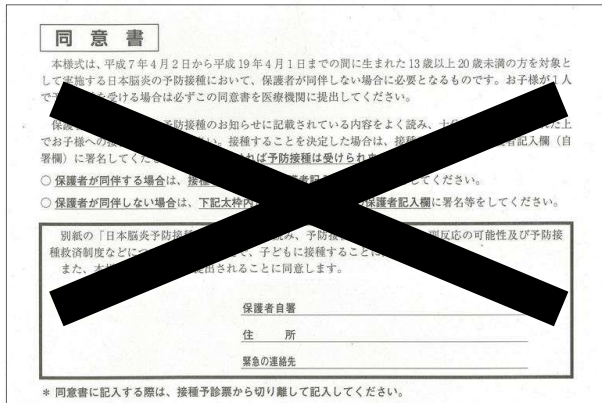


満16歳以上の方はワクチン接種にあたり同意書の提出は必要ありません。

① 1枚目は提出不要です。



② 2枚目は下記をご参照のうえ記入してください。

(請 求 用)

日本脳炎ワクチン 接種予診票

世田谷区

住 所	世田谷区 丁目 番 号	種 類
		日本脳炎【特例】
フリガナ	男 生 日	有効期限
受ける人の名前	女 月 日 年 月 日 歳 月 日	13歳以上20歳未満
保護者氏名	TEL () () ()	

今回の接種に「○」をつけてください	特例接種	第1期初回1回目接種	第1期初回2回目接種	第1期追加接種	第2期接種
また過去の接種年月日を記入ください	<input type="checkbox"/>	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

下の太枠内の質問項目に必要な事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種について区から配られている説明書を読みましたか。	いいえ はい	
2 接種を受ける方の発育歴についておたねします。出生体重()g 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診等で異常があったといわれたことがありますか。	あった なかった	
3 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	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい いいえ	
5 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。病名()	はい いいえ	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名() 接種日(/)	はい いいえ	
7 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。病名() 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。	はい いいえ	
8 現在、ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのときに熱が出ましたか。	はい いいえ	
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。	はい いいえ	
11 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい いいえ	
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。予防接種名()	はい いいえ	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい いいえ	
14 女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい いいえ	
15 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

医師署名又は記名押印

保護者記入欄(自署欄)どちらかに入れてください。

保護者又は代理人(自署)が同伴する場合・受ける方が未成年の場合

保護者が同伴しない場合(別紙説明書が必要)

接種を受ける方の病歴、健康状態、接種当日の体調等を考慮した上で、医師の診察、説明を受け、または別紙説明書を読み、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等について理解した上で、接種することに同意します。

同意します

※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、本予診票が区に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける方) 既婚の場合は本人) 又は同伴者署名

使用ワクチン Lot No. 実施場所・接種医師名 実施機関名・住所・電話番号

「同意します」に丸をつけてください

接種を受ける方の氏名を記入してください