



7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 是否曾发生过痉挛(抽搐)? ( 歳岁 か月頃个月左右)	いいえ 否	はい 是	
	(「はい」の方のみ) (仅适用回答“是”的人) そのとき熱が出ましたか 当时, 是否有发热?	いいえ 否	はい 是	
8	薬や食品、ゴム製品、金属など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 是否有因药物及食品、橡胶制品、金属等过敏而在皮肤上出现疹子或荨麻疹, 或是身体不适的情况? 薬品名 薬物名 ( ) 食品名 食品名 ( )	いいえ 否	はい 是	
9	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 在自己的近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人?	いいえ 否	はい 是	
10	これまでに本人または近親者において予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか 至今为止本人或是近亲中在预防接种时, 身体有过不舒服吗? 誰が 是谁 ( ) 予防接種の種類 预防接种的种类 ( ) 症状 ( )	いいえ 否	はい 是	
11	現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか 現在, 是否怀孕中或是有可能怀孕?(例如: 经期延迟等) (注) 妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません (注) 不建议给孕妇或可能成为孕妇的接种疫苗。	いいえ 否	はい 是	
12	現在、授乳をしていますか 现在正在哺乳期间吗?	いいえ 否	はい 是	
13	今日の予防接種について質問がありますか 关于今天的预防接种是否还有疑问? ( )	いいえ 无	はい 有	
医師記入欄 医生填写栏 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。被接種者等に対して、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・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、接種によるリスク、予防接種健康被害救済制度や国・県の相談窓口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) 接受医生的检查和说明, 在理解有关预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性、接种风险、预防接种健康受害救济制度和国家、县的咨询窗口等的基础上, (同意・不同意)接受接种 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。 本問卷的目的是为了确保预防接种的安全性。 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。 理解的基础上, 同意向市政府提交本问卷。				
自署 亲笔签名 _____ 16歳未満 保護者の姓名/保護者以外の方の姓名、続柄 未满16岁时请填写家长姓名/如非家长时, 请记入其姓名、和其关系 16歳以上 本人の姓名 满16岁以上者请填写本人姓名				
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 ロットシール貼付 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(筋肉内接種) 0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入	