

同意欄（保護者の方が同伴しないで接種される場合）

同意欄（没有保护者陪同来接种的情况下）

如决定让其接种疫苗，请在下述保护者签字栏处签字。

（没有签字不能接受接种）

不希望接种的情况下没有必要填写签字栏

我已阅读了麻疹及风疹的预防接种的说明，在理解预防接种的效果、目的、有严重副作用的可能性以及预防接种救济制度等的前提下，同意给孩子接种。

此外，我理解本说明书目的是为了加深保护者对预防接种的认识，因此同意把本资料提交给市町村。

保护者亲自签名_____

住址_____

紧急联系方式_____

※本资料以 2008 年～2012 年年龄相当于初中 1 年级及高中 3 年级的青少年为对象、在没有保护者陪同的情况下接受麻疹及风疹的预防接种时的必要资料。

预诊表中无保护者签字的，不能接受预防接种。

需要在预诊表中签字

麻疹、风疹预防接种预诊表

(麻疹风疹混合 、 麻疹 、 风疹)

住 址	福冈市 区			
接种人姓名		男 女	出生 日期	年 月 日生 (满 岁 月)
保护人姓名	电话号码 ()			

询问事项	回答栏		医生填写栏 (医师記入欄)
①检查前的体温	度 分		
②接受接种者的发育状况 您是否已经阅读了福冈市发放的有关今天预防接种的说明书	否	是	
③了解一些您孩子的发育经历 •早产儿(出生体重: g)分娩时或出生后是否有异常 ----- •之后的发育中是否曾被诊断为发育异常(包括乳幼儿健康检查)	有	无	
④今天是否感觉身体不适 有的话请用○标记 (发烧、咳嗽、流鼻涕、腹泻、其他)	是	否	
⑤最近一个月内是否曾经生病 有的话请用○标记 (麻疹、风疹、水痘、腮腺炎、突发性发疹、其他)	是	否	
⑥最近一个月内家人或朋友间是否有人生病 有的话请用○标记 (结核病、麻疹、风疹、水痘、腮腺炎、其他)	是	否	
⑦最近一个月内是否进行过(卡介苗、脊髓灰质炎、麻疹、风疹、水痘、腮腺炎、其他)或最近一周内进行过(三种混合、日本脑炎、流感、其他)的预防接种	是	否	
⑧出生后至今是否因生过特别的病(先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症、其他疾病)接受过医生的检查 病名() ----- •是否与主治医生谈及过今日预防接种事宜 ----- •最后是否被告知可以进行预防接种	是	否	
⑨是否有过痉挛发作的情况(岁时) ----- •当时是否有发烧情况(约 度 分)	是	否	
⑩是否曾因药品及食物导致皮肤发疹或荨麻疹,或感到身体不适 (鸡蛋、药品、其他)	是	否	
⑪近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全者 病名()	是	否	

询问事项	回答栏		医生填写栏 (医師記入欄)
⑫是否曾有过因预防接种而导致身体不适的情况 预防接种名 () 症状 (发烧、呕吐、发疹、注射部位肿胀、其他)	是	否	
⑬近亲中是否有人因预防接种导致身体不适	是	否	
⑭最近 6 个月内有无输血或注射过伽马球蛋白?	是	否	
⑮女性回答: 现在是否怀孕或有怀孕的可能 (月经推迟等)? (注) 应避免在接种后 2 个月内怀孕	是	否	
⑯对今天的预防接种是否有疑问 具体内容 ()	是	否	

〈没有保护者陪伴的〉

您在考虑了孩子的病例、健康状况、接种当天的身体状况之后, 是否同意接种疫苗?

(同意 、 不同意) ※请在括号内的选项上画圈。

〈有保护者陪伴的情况下, 接受接种的人为已婚的情况下〉

接受医生检查、听取医生说明后, 在对预防接种的效果和目的、重度副作用的可能性等有了充分了解的基础上, 希望接种吗?

(希望接种 不希望接种) ※请在括号内的选项上画圈。

此预诊表以确保预防接种的安全为宗旨。

在理解以上内容的基础上, 同意向市町村提交本预诊表。

保护者 (接种者若已婚, 则本人签名) 签名

<p>【医生填写栏】 检查所见 咽部 (无异常□、) 胸部 (无异常□、) 其他 () 根据以上的问诊及检查的结果, 决定今日 (可以、 暂停) 预防接种 已向保护人说明了预防接种的效果、副作用及预防接种健康被害救济制度</p> <p style="text-align: center;">检查医生签名及盖章</p>
<p>【医師の記入欄】 診察所見 咽頭 (異常なし□、) 胸部 (異常なし□、) その他 () 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 ・ 見合わせたほうがよい) 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济制度について、説明をしました。</p> <p style="text-align: center;">診察医のサイン又は記名押印</p>

使用ワクチン名 (使用疫苗名)	接種量 (接种量)	実施場所・医師名 (实施场所、医生名)
ワクチン名 (疫苗名)	皮下接種 (皮下接种)	実施場所 (实施场所)
Lot No.	ml	医師名 (医生名)
(注) 请确认是否过了有效期		接種年月日 (接种年月日) 平成 年 月 日

(注) 伽马球蛋白为血液制剂的一种, 一般用来预防甲型肝炎等或者治疗重症的感染症等。如果在 3~6 个月内接受过该注射, 则麻疹等的预防接种的效果可能不明显。