乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、**太ワク**内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　カ月）
予防接種を受ける人の氏名				
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2.今までに従来の日本脳炎ワクチンまたは乾燥細胞培養日本脳炎ワクチンを接種したことがありますか。	ある（　ごろ　回接種）	ない	
3.今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
4.現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
5.最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
6.最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
7.最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
8.今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	ある（具体的に）	ない	
9.今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
（“ある”の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
10.今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	ない	
（“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
11.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	ある（薬、食品名）	ない	
12.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	いる（予防接種名）	いない	
13.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	いる	いない	
14.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15.その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した　　医師の署名

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。　（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン ジェービックV® Lot No.	（皮下接種） mL	実施場所 医師名 接種日時　　年　月　日　時　分

5NW-314F-　2020年9月作成　（審）20Ⅷ156