

预防接种预诊单(除 BCG)

※医療機関の皆様へ：この予診票はみほんです。医師会への請求等は、日本語版の予診票を使用して下さい。

※この予診票だけでは接種できません。こちらを参照に、正規の予診票(2枚複写)に転記して使用して下さい。

※仅凭此预诊单不能进行接种。请参照此处，转记到正规日本語的预诊单(2张复写)上使用。

不可在市外医疗机构使用。

横 滨 市

诊察前体温 度

住 址	区	电话	
接种人姓名		男 · 女	出生年月日 年 月 日 (满 岁 个月)
父母/监护人姓名			
询问事项		回答栏	医生填写栏
关于今天要接种的疫苗,是否已阅读了横浜市发放的(《预防接手册》等)。		是	否
关于今天要接种疫苗的孩子的成长发育状况 出生时体重()g 婴幼儿定期体检时是否发现过异常?		有 有 有	否 否 否
今天身体是否有不适? 如果有,请填写具体症状()		是	否
最近1个月内是否曾生过病? 如果有,请填写疾病名称及痊愈日()		是	否
最近1个月内家庭成员或玩伴中是否有人患上麻疹、风疹、水痘或腮腺炎等疾病? 如果有,请填写疾病名称()		是	否
最近1个月内是否进行过预防接种? 如果有,请填写预防接种的种类及接种日()		是	否
从出生至今是否因先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病,接受医师诊察? 请填写疾病名称()		是	否
诊疗上述疾病的医生是否同意今天的预防接种?		是	否
有无抽搐(痉挛)病史,如果有,是在()岁时? 当时是否发烧?		是	否
是否曾因药物或食物引起出疹、荨麻疹或出现身体不适等症状?		是	否
近亲中是否有人患有先天性免疫缺陷?		是	否
迄今为止,进行预防接种后是否发生过不适反应? 预防接种的种类()		有	否
近亲中是否人曾在进行预防接种后产生不适反应?		是	否
过去6个月内是否接受过输血或丙种球蛋白注射?		是	否
对于今天的预防接种有何疑问?		是	否

医生填写栏

根据上述回答及诊察结果,判断今天的预防接种(可以实施/不予实施)。

已向父母或监护人就预防接种的效果、副反应及预防接种健康受害救济制度进行了说明。

医生签名或盖章:

※日本語版に署名して下さい

通过医生的诊察和说明,理解了预防接种的效果和目的、产生严重副反应的可能性,以及预防接种健康受害救济制度等,在此基础上,(同意/不同意)进行接种。※请在括号中选择并画圈。

此预诊单以确保预防接种安全为目的。

理解上述说明,并同意将此预诊单提交给横浜市。

父母或监护人亲笔签名:

※日本語版に署名して下さい

使用疫苗名称	接种剂量	实施的医疗机构·医师姓名·接种年月日
疫苗名称	(皮下接种)	实施的医疗机构 医师姓名
Lot No.	ml	接种年月日 平成 年 月 日

※日本語版に記入して下さい

(注) 丙种球蛋白是一种血液制剂,注射用于预防甲型肝炎等传染性疾病或治疗严重的传染性疾病。
如果在3~6个月内注射过该类制剂,有可能导致麻疹疫苗等预防接种不能充分发挥效果。