

体温 (こどもの体温)	今天早晨 (今朝) _____ °C	現在の体温 (接種場所での体温) _____ °C
住址 (住所)		
接種者姓名 (受ける人の氏名)	(男 / 女)	出生年月日 (生年月日) _____ / _____ / _____ (年[年齢] 月[年齢] 日[年齢])
父母或保护人姓名 (保護者名)		电话号码 (電話番号) _____

请在回答栏中该当的一处划 ○。如果您的回答是“有”，请填写括号内的内容。

问 题 (質問)	回答栏		医師記入欄
	有 はい	无 いいえ	
1.您读了今天发给您的预防接种说明书后有什么疑问吗? (今日の予防接種について/説明を読んで何か質問はありますか)			
2. 有关您孩子的成长, 发育史 (子どもの発育歴): 出生时的体重 (出生時の体重) ( )g 分娩时有什么异常吗? (分娩時に異常がありましたか) 出生后有什么异常吗? (出生後に異常がありましたか) 您的孩子在接受定期健康检查时, 曾发现有什么异常吗? (乳児検診で異常があるといわれたことがありますか)	有 有 有	无 无 无	
3. 最近2~3天内您的孩子身体有什么不舒服吗? (最近2~3日に体に具合の悪いところがありますか) 如果有的话,请写一下具体的症状。(具合悪い症状) ( )	有	无	
4. 最近1个月以内, 您的孩子患过什么病吗? (最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか) 病名 ( )	有	无	
5. 一个月以内,您的亲属或孩子的朋友中有患麻疹, 风疹, 水痘或腮腺炎的吗? (1ヶ月以内に家族や友達でおたふくかぜ、麻疹、風疹、水ぼうそうにかかった人がいますか) 病名( ) 什么时候? (いつ) ( / )	有	无	
6.到目前为止您的孩子接受预防接种时有过身体不适吗? (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) 预防接种名 ( ) 什么时候? (いつ) ( / )	有	无	
7.最近4个星期以内,您的孩子接受过预防接种吗? (4週間以内に予防接種を受けましたか) 预防接种名 ( ) 什么时候? (いつ) ( / )	有	无	
8.您的亲属中是否有人在接受预防接种后,感到不舒服? (家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか)	有	无	
9. 您的孩子是否患过什么重病, 是否接受过治疗? (今までに何か重い病気 (心臓、腎臓、肝臓、その他の病気) にかかり、医師の診察を受けていますか) 医师对今天的预防接种有什么医嘱吗? (その医師に今日の予防接種について何か注意を受けましたか)	有 有	无 无	
10.您的孩子是否有过抽风? (ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか) 几岁时? (何歳ごろ) ( ) 抽风时是否伴有发热? (そのときに熱はありましたか)	有 有	无 无	
11.您的孩子在服药或吃某些食物后,曾出现过皮疹或其他过敏反应吗? (薬や食品で皮膚が赤くなったり発疹などのアレルギー症状が出たことがありますか) 薬・食品名 ( )	有	无	
12. 您有曾被诊断过患有先天性免疫不全缺陷的孩子吗? (お子さんのなかに先天性免疫不全と診断された人がいますか)	有	无	
13. 最近6个月以内,您的孩子是否输过血或注射过丙种球蛋白? (6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの接種を受けましたか)	有	无	

医师记载栏 (医師の記入欄) 特記なければチェック印をつけるようにしてください

根据上述问诊及检查的结果, 今天的预防接种 (1. 可行 2. 暂不可行 )  
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 1. 可能 2. 見合わせる ) 医师签名 (医師のサイン) \_\_\_\_\_

听了医生的解释与建议, 您同意孩子接受今天的预防接种吗? (予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか)  
( 1. 接受 はい 2. 不接受 いいえ ) 家长或 保护人签名 (保護者のサイン): \_\_\_\_\_

使用ワクチン Lot No. 等	接種量	実施場所・医師名
Lot No. 有効年月日 年 月 日	(皮下接種)	実施場所: 医師名: 接種年月日: 年 月 日

丙种球蛋白是血液制剂的一种, 一般用于甲型肝炎等传染病的预防及重症感染性的治疗。若注射过丙种球蛋白3~6个月以内即接受麻疹等疫苗的预防接种, 接种的效果有时会受影响。(ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた人は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。)