

Please fill in the space surrounded by full line.

Your child's body temperature 子どもの体温	This morning 今朝 ____ °C	Body temperature at vaccination place 接種会場での体温 _____ °C	
Address 住所			
Name of the child 受ける人の名前	(Male 男 / Female 女)	Date of birth 生年月日	Year / Month / Day (Age 年齢) / / (years days)
Name of parent or guardian 保護者名	Phone No. 電話番号		

Please answer following questions carefully. If the answer is 'Yes', please fill in the blank ().

Questions 質問事項	Answers 回答		医師記入欄
1. Do you have any questions after having read the explanation about this vaccination? 今日の予防接種についての説明を読んで何か質問はありますか?	Yes はい	No いいえ	
2. Questions regarding the growth of your child: 子どもの発育歴 Birth weight 出生時の体重 () g Did your baby have any trouble at birth? 分娩時に異常がありましたか Did your baby have any trouble after birth? 出生後に異常がありましたか Have you ever informed of any abnormality at your baby's physical checkups? 健診で異常があるといわれたことがありますか。	Yes Yes Yes	No No No	
3. Does your child have any trouble on his/her health in these 2 or 3 days? 最近2~3日に体に具合の悪いところがありますか If Yes, please write down the condition: 具合の悪い症状 ()	Yes	No	
4. Has your child been sick within the past month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか Name of the disease 病名 ()	Yes	No	
5. Does your child have anyone of his/her family or friends who got mumps, measles, rubella, chicken pox, and so on within the past month? 一ヶ月以内に家族や友達でおたふくかぜ、麻疹、風しん、水ぼうそうにかかった人がいますか。 Name of disease 病名() When? いつ (/)	Yes	No	
6. Has your child ever had any trouble after vaccination? 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。 Name of the vaccination 予防接種名() When? いつ (/)	Yes	No	
7. Has your child received any vaccination within the past 4 weeks? 4週間以内に予防接種を受けましたか。 Name of the vaccination 予防接種名() When? いつ (/)	Yes	No	
8. Is there someone in your family who felt bad after a vaccination? 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	Yes	No	
9. Has your child ever had any serious disease with heart, kidney, liver, etc., and been kept examined by a doctor? 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。 Did you receive any advice from the doctor on this vaccination? 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。	Yes Yes	No No	
10. Has your child ever had convulsions? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか At what age? 何歳ごろ () Did he/she have fever at that time? そのときに熱はありましたか。	Yes Yes	No No	
11. Has your child ever had allergic reaction (redden skin, skin rash, etc.)after taking particular medicine or food? 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? Name of the medicine or food. 薬・食品名 ()	Yes	No	
12. Do you have any child who is diagnosed as a congenital immunodeficiency? お子さんのなかに先天性免疫不全と診断されている人はいますか	Yes	No	
13. Has your child had a blood transfusion or inoculation of γGlobulin during the past 6 months? 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	Yes	No	

for doctor's use only

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。 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) As a result of health examination, this vaccination (1. can be done. 2. should be postponed.)	医師のサイン _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

After hearing the results of this medical examination, would you like to let your child get vaccinated today? 予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか (YES はい・NO いいえ) Signature of Parent or Guardian 保護者のサイン: _____

for office use only

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

Gamma Globulin is a kind of blood derivative which is sometimes used as a preventive measure of infectious disease, like A hepatitis, and also with treatment purpose of serious infectious diseases. If you have received Gamma Globulin injection during the last 3~6 months, the efficacy of vaccine of measles, etc. will sometimes not be fully satisfactory. 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でないことがあります。日本財団の助成事業としてNPO法人国際交流の会とよながが作成しました。