

接種希望の方は太枠内にご記入ください。If you want an inoculation, please fill in the thick frames

おたふくかぜワクチン接種予診票  
Questionnaire for inoculation of mumps vaccine

		診察前の体温		度		分
		Body temperature before vaccination				
住所(Address)	〒	Tel	( )	-		
フリガナ(Katakana)		男M	生年月日(Date of Birth)	年(Y)	月(M)	日生(D)
氏名 Name		女F		( 歳 か月 )	( years months old)	

質問事項(Questions)	回答欄(Answer)		医師記入欄
今日の予防接種について説明文を読んで理解しましたか？ Concerning today's inoculation, have you read the explanation and understood ?	いいえ No	はい Yes	
今日、体の具合の悪いところがありますか。Do you have any bad physical conditions ?	はい yes (具体的に)	いいえ No	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。Are you being treated by a Doctor for any disease ? ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。Are you being treated (dosage, etc.) ? ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。Have the Doctor agreed to receive vaccination today ?	はい(病名) Yes (disease name) はい Yes	いいえ No	
一か月以内に、病気がかかりましたか。Did you have any disease during the past one month ?	はい(病名) Yes (disease name)	いいえ No	
これまでに特別な病気（心臓血管系、腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けたことがありますか。Have you ever been examined on special diseases by any doctor (cardiovascular disease, kidney, liver, blood diseases, immune deficiency, etc.) ?	はい(病名) Yes (disease name)	いいえ No	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。Have you had convulsions(Cramp) ?	はい Yes How many times ? last time when ?	いいえ No	
これまでに薬や食品で皮膚に発疹がでたり、身体の具合が悪くなったことはありますか。Did you have rash on your skin or got into poor conditions by food or drugs ?	はい(薬・食品名) Yes (Name of drug, food ?)	いいえ No	
近親者の中で先天的免疫不全症と診断された方はいますか。Are there any close family members, who are diagnosed to be congenital immunodeficiency ?	はい yes	いいえ No	
最近1か月以内に、家族や周囲で風しん、水痘（水ぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。Are there any family members or people around, who had, Rubella, Chicken pox, Mumps, etc. in the past 1 month ?	はい(病名) Yes (disease name)	いいえ No	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。Did you have any vaccination in the past month ?	はい(ワクチン名) Yes (Vaccine name)	いいえ No	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。Did you have any poor conditions after a vaccination so far ?	はい(ワクチン名) Yes (Vaccine name)	いいえ No	
近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。Did any close relative get poor conditions after vaccination ?	はい(ワクチン名) Yes (Vaccine name)	いいえ No	
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの注射を受けましたか。 Have you received a transfusion of blood or an injection of gamma globulin in the past 6 months?	はい(理由) Yes (Reason ?)	いいえ No	
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合)、分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか。 In case recipient is a child, are there any abnormalities in delivery, upon birth, infant inspections, etc ? (女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。接種後2か月間は妊娠をしない様に注してください。 Are you pregnant now or probable ? Please be careful not to become pregnant within 2 months after the vaccination.	はい(具体的に) yes (What sort ?)	いいえ No	
その他、健康状態で医師に伝えておきたいことや、今日の予防接種について聞きたいことがありますか。Are there anything you want to tell the doctor or do you have any question about the vaccination today ?	はい(具体的に) Yes (describe )	いいえ No	

医師記入 Dr.s Column	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）。Based on above questionnaire and examination, today's inoculation is possible/suspended. 本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 I made explanation to the patient(or the guardian) on the effectiveness and side reactions of the vaccination, and about the relief system by Pharmaceuticals and Medical Devices Law.	医師の署名又は記名押印 Signature of the Doctor,
被接種者の記入欄(Patient column)	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を（希望します・希望しません）。 I received examination by the doctor and explanation about the effects, purpose, potential serious side effects of the vaccination, based on which, I (Agree or Disagree) to the implementation of the Vaccine. (* Please circle either of Agree or Disagree in the parenthesis.) In case of disagree, vaccination will not be made.	本人の署名(もしくは代理人の署名) signature of the patient(or Guardian) including their relation.
※被接種者が自署できない場合は本人の接種意思を確認した上で代筆者が署名し、代筆者氏名及びカッコ内に被接種者との続柄を記載(If patient cannot sign, author shall describe his name and fill out relation with the patient in the parenthesis)		

使用ワクチン名 Name of the vaccine		用法・用量 Application method and volume	実施場所・医師名・接種日時 Location, Name of the Doctor, Time and the date .
名称 Name	おたふくかぜ生ワクチンLive vaccine for Mumps :		医療機関名 Medical Institution :
メーカー名 Name of manufacturer	第一三共株式会社 DaiichiSankyo Co.Ltd. :	皮下摂取 Subcutaneous inoculation 左left・右right 0.5ml	医師名 Name of the Doctor :
製造番号: Lot no.			接種日時 Date and time of inoculation : 年 月 日 時 分

記載いただいた個人情報はワクチン接種にのみ使用します。