

保護者の方は太線枠内を記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|--|---|--------------------------------|---|---|---------|------------|---------------|--------------|--|-----------|--|--|
| 住所 Address | 千葉市 区 | | | | 電話 Tel. | - - | | | | | | | | | |
| 予防接種番号 Vaccination No. | | | | | | 実施日 ※医療機関記載欄 Date to be administered ※to be filled in by medical institution | | | | | | | | | |
| フリガナ (Name in Katakana) | | | | | 性別 sex | 西暦 | 2 | 0 | 年 year | | 月 month | | 日 date | | |
| 氏名 Name | | | | | 保護者氏名 (Parent/Guardian's Name) | | | | | | | | | | |
| 生年月日 Date of Birth | 西暦 年 月 日 Year month date | | | | 子の満年齢 Age of the child | | | | 歳 years | | か月 Months | | | | |
| (↑ 予防接種番号シールをはってください) | | | | 診察前の体温 Body temperature before exam. | | | | 度 °C | | 分 Degree C | | | | | |
| (↑ Place the vaccination number sticker here) | | | | | | | | | | | | | | | |

Parent /guardian, ; Please fill those cells surrounded by thick line.

| 質問事項 Questionnaire for Vaccination | 回答欄 Answers | | 医師記入欄 Doctor's comment |
|--|----------------|------------|---------------------------|
| 今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。 Have you read the document from Chiba City explaining about today's vaccination? | いいえ Unread | はい Read | |
| あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 Please answer following questions about the growth history of the child. | | | |
| 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか Birth weight () g Did the child have any abnormal conditions in the time of birthing. | あった Yes | なかった No | |
| 出生後に異常がありましたか。 Did the child have any abnormalities after birth? | あった Yes | なかった No | |
| 乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。 Were any abnormalities found in infant health checks? | ある Yes | ない No | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。 Does the child gave any poor conditions today? 具体的な症状を書いてください。() If so, describe symptoms. () | はい Yes | いいえ No | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 Did the child become ill in the past month? 病名 (月 日 :) Disease name and date (Date : Disease name:) | はい Yes | いいえ No | |
| 1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 Have any family members or friends of the child had measles, rubella, chicken pox or mumps in the past month? Disease Name and date (Date : Disease name:) | はい Yes | いいえ No | |
| 生まれてから今迄に家族など身の周りに結核にかかった方がいましたか Since birth till now, were there any people like family members, etc. with tuberculosis around the child ? | はい Yes | いいえ No | |
| 生まれてから今迄にBCGを受けたことがありますか。 Since birth till now, has the child received a BCG ? | はい Yes | いいえ No | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか。母子手帳を見ながら記入してください 種類日付 (Hib(ヒブ): 月 日) (4種混合: 月 日) (肺炎球菌: 月 日) (ロタ:: 月 日) (B型肝炎: 月 日) () Had the child any vaccinations in the past month? Please describe checking Mother and Child notebook. (Hib : date) (4types mixed : date) Vaccine Type (Pneumococcus : Date) (Rota :) (Hepatitis B : Date) | はい Yes | いいえ No | |

この用紙は機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

As this sheet is read by a machine, please write carefully with a black ball point pen.

| | | | |
|---|-----|-----|--|
| 生まれてから今までに特別な病気（結核、先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、川崎病、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| 病名 () Since birth till now, did the child become any special diseases(Tuberculosis, congenital abnormalities, heart disease, , kidney disease, liver disease, cranial nerve disease, immune deficiency, Kawasaki disease, or any other diseases on which you have consulted with doctors including dosage? Name of disease () | Yes | No | |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 Did the doctors in charge of the above diseases agree to the child receiving today's vaccination ? | いいえ | はい | |
| 輸血或いはガンマグロブリンの注射、副腎皮質ホルモンの内服などをiを受けましたか。 Has the child received a transfusion of blood or an injection of gamma globulin or oral dosage of corticosteros ? | はい | いいえ | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（生後 か月頃） Had the child a convulsion or fit in the past? If so, around what month after birth ? (months) | はい | いいえ | |
| “はい”と回答した場合、そのとき熱がでましたか。 If you answered " yes" to the above, did the child have a temperature at the same time ? | はい | いいえ | |
| 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。 has the child ever had a rash or hives on his skin, or become ill with medications or food ? | はい | いいえ | |
| 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。 Have any close relatives of the child been diagnosed as congenital immune deficiency? | はい | いいえ | |
| 家族や親せきにBCG接種を受けて具合が悪くなった方はいますか Have any family members or relatives become bad condition after receiving BCG ? | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 ある場合 () Do you have any questions about today's vaccination? If yes, please describe. () | はい | いいえ | |
| | Yes | No | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|---|-----------|--|------|
| メーカー名 Manufacturer | 実施医療機関名 Name of Institution | | | Code | | |
| Lot No. | | | | | | |
| 有効期限 Expiration date | 西暦 A.D. | 年 Year | 月 Month | 日 date | | |
| 接種の適否 Propriety of inoculation | 接種量 Amount of Inoculation | 接種部位 Inoculation site | 接種医師名(接種否の場合は判定医師) Doctor's Name. In case of "no", name of the Doctor who made the judgement | | | Code |
| 1. 適 YES 1. 否 NO | 規定量をBCG用管針を使って経皮接種 | 右・左 | | | | |
| 1. YES 2. NO | Percutaneous inoculation of specified amount using needles for BCG | Right/Left | | | | |

医師の記入欄
Doctor's column
I made explanation on the effectiveness of the vaccination, side reactions, and the inoculation health hazard relief system.
医師署名又は記名押印 (Signature by the doctor)

Signature or seal of the Doctor in charge

保護者(または代理人)の記入欄 (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の検診・説明を受け、予防接種の効果・目的重篤な副反応の可能性、予防接種被害者救済制度などについて、理解したうえで、接種することに(同意します・同意しません)。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。同意しませんは接種できません。
この予防票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ 本予防票が千葉市に提出されることに同意します・

保護者(または代理人)自署

This column is to be filled in by parent/guardian or by their representative. (In case of a representative, a power of attorney is required separately.)
The child has received medical examination and I received the explanation by the doctor. I further received explanation about the effects, purpose, potential serious side effects of the vaccination and inoculation health relief system. Based on the above, I (Agree or Disagree) to the implementation of

Signature of parent/guardian or its representative.

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症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カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります
Remark ; Granma Globulin is a blood product to be injected for prevention of infection diseases like Hepatitis A and for treatment of serious infection diseases. There are cases that vaccination of measles etc., may not e effective for those people who received Gamma Globulin injection in the past 3 to 6 months