

保護者の方は太線枠内を記入してください。

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

※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,

01

DPT-IPV(ジフテリア百日咳破傷風不活性化ポリオ) 予防接種予診票 千葉市

04

四混

Questionnaire for DPT-IPV(Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Inactivated polio) vaccine Chiba City

接種回数	←初回1回目は1、初回2回目は2、初回3回目は3、追加接種は4を記入してください。															
No. of vaccination	← Mark "1" for the first, "2" for the 2nd, "3" for the 3rd of he first series and "4" for additional vaccination.															
住所	千葉市 区										電話	- -				
Address											Tel.					
予防接種番号										実施日 ※医療機関記載欄						
Vaccination No.										Date to be administered ※to be filled in by medical institution						
フリガナ									性別	西暦 2 0		年		月		日
d									sex			year		month		date
氏名									保護者氏名 (Parent/Guardner Name)							
Name									子の満年齢				歳		か月	
生年月日	西暦	年		月		日	Age of the child				years		Months			
Date of Birth	Year month date								診察前の体温		度		分			
(↑ 予防接種番号シールをはってください)								Body temperature before exam.		℃		Degree C				
(↑ Place the vaccination number sticker here)																

質問事項	回答欄		医師記入欄
Questionnaire for Vaccination	Answers		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 No	はい Yes	
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.	あった	なかった	
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 abnormalities at delivery ?	Yes	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言わ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 have any poor conditions today ?	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください。 () If so, describe symptoms. ()	Yes	No	
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?	はい	いいえ	
病名 (月 日 :) Disease name. (Date :)	Yes	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 (Date :)	はい Yes	いいえ No	
1か月以内に予防接種を受けましたか。(日付：種類) (月 日 :) (月 日 :) (月 日 :) (月 日 :) (月 日 :) (月 日 :) Did the child have any vaccinations in the past month ? If so, dates and names of vaccinations. (Date :Name) (Date :Name) (Date :Name) (Date :Name) (Date :Name) (Date :Name)	はい Yes	いいえ No	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。 病名 () Did the child have any congenital abnormalities, heart, kidney, liver, cranial nerve, immune deficiency, or any other diseases since birth, on which you have consulted with any doctors including dosage ? Disease names ()	はい Yes	いいえ 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 No	はい Yes	

ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ 歳 か月頃）	はい	いいえ	
Had the child a convulsion or fit in the past? If so, around what age ? (years months)	Yes	No	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
If you answered " yes" to the above, did the child have a temperature at the same time ?	Yes	No	
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。	はい	いいえ	
Has the child ever had a rash or hives on his skin, or become ill with medications or food ?	Yes	No	
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。 予防接種名（ ）	ある	ない	
Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? Name of Vaccine（ ）	Yes	No	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
Have any close relatives of the child had a serious reaction to a vaccine ?	Yes	No	
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。	はい	いいえ	
Have any close relatives of the child been diagnosed as congenital immune deficiency?	Yes	No	
6か月以内に輸血或いはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
Has the child received a transfusion of blood or an Injection of gamma globulin in the past 6 months?	Yes	No	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
ある場合（ ）			
Do you have any questions about today's vaccination?	Yes	No	
If yes, please describe.（ ）			

メーカー名					実施医療機関名		Code	
Manufacturer					Name of Institution			
Lot No.								
有効期限	西暦	年	月	日				
Expiration date	Year	Month	date					
接種の適否	接種量				接種医師名(接種否の場合は判定医師)		Code	
Propriety of inoculation	Dosage				Doctor's Name. In case of "no", name of the Doctor who made the judgement			
1. 適 YES 2. 否 NO	1	0.5ml	皮下接種 Hypodermic injection					

医師の記入欄

保護者に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

Doctor's column

I made explanation on the effectiveness of the vaccination, side reactions, and the inoculation health hazard relief system.

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 the 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 the Vaccine. (※ Please circle either of Agree or Disagree in the parenthesis.) In case of disagree, vaccination will not be made. Understanding that this questionnaire is to secure the safety of vaccination, I agree that it will be submitted to Chiba City.

Signature of parent/guardian or the 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

DPT-IPV予防接種（医療機関控用）

1 被接種者氏名（ ） 生年月日 年 月 日

2 住所 千葉市 区

3 接種年月日 年 月 日

メーカー名 Lot No.

Record of Hepatitis B vaccination. (for records of Medical institution)

1. Name of the inoculated person:（ ） Date of Birth

2. Address :

3. Date of inoculation : Manufacturer Lot No.