

Questionnaire for Hepatitis B vaccine Chiba City

接種回数 No. of vaccination	←1回目は1、2回目は2、3回目は3、追加接種は4を記入してください。 ← Mark "1" for the first, "2" for the 2nd, "3" for the 3rd and "4" for additional vaccination.										
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) (↑ Place the vaccination number sticker here)					診察前の体温 Body temperature before exam.		度 °C	分 Degree C			

保護者の方は太線枠内を記入してください。

※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。

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 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	
出生後すぐに、母子感染予防としてB型肝炎ワクチン接種を受けたことがありますか。 Did the child receive vaccine for Hepatitis B immediately after birth to prevent mother-to-child infection?	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? 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	
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. (Date :)	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。病名 (月 日 :) 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	

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

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。 ある場合（ ）	はい	いいえ	
Do you have any questions about today's vaccination? If yes, please describe. ()	Yes	No	

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	2	0.25mg	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。

この予診票は、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 本予診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.

B型肝炎予防接種 (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. _____