

(措置対象者) 2007年4月2日～2009年10月1日生まれの方は9歳以上13歳未満、1995年4月2日～2007年4月1日生まれの方は20歳未満が接種可能年齢です。

(Target people) Those who were born between April 2, 2007 and Oct 1, 2009 and, people under 20 years old, among those who were born between April 2, 1995 and April 1 2007

日本脳炎 予防接種予診票：措置 千葉市

07

Questionnaire for Japanese encephalitis(Corrective measure) Chiba City

01 日脳措

接種回数 No. of vaccination	← 1期初回1回目は1、1期初回2回目は2、追加接種は4を記入してください。 ← Mark "1" for the first time, "2" for the 2nd time of the first period 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			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.

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

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	
接種を受ける方の発育歴についてお尋ねします。 Please answer following questions about the growth history of the person to be inoculated today.		あった Yes	なかった No	
出生体重 () g Birth weight () g	分娩時に異常がありましたか Were there 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。 Do you 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	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 Did you become ill in the past month? 病名 (月 日 :) Disease Name (Date : 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 had measles, rubella, chicken pox or mumps in the past month? 病名 (月 日 :) Disease name (Date : Disease name)		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) Did you have any vaccinations in the past month? If so, dates and names of vaccinations.		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。 Did you 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? 病名 () Disease names ()		はい Yes	いいえ No	
その病主治医には、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) Did you have had a convulsion or fit in the past? If so, around what age? (years months)		はい Yes	いいえ No	
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 Yes	いいえ 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 who were 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	
Did you received a transfusion of blood or an Injection of gamma globulin in the past 6 months?	Yes	No	
生理のある方で、現在妊娠している可能性はありますか。 ※妊婦または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。 if you have mensuration, is there a possibility that you might be pregnant ? if so. this vaccine is not suggested	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 ()	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	A.D.	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						

裏面に署名欄があります。

(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 : Gamma 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 be effective for those people who received Gamma Globulin injection in the past 3 to 6 months

日本脳炎予防接種：措置（医療機関控用）

接種回数（1期初回（1回目・2回目） 追加接種 2期）

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 ロット番号

Japanese Encephalitis Inoculation : Corrective measure (Record for medical institution)

No. of inoculation (1st period (1st・2nd) Additional inoculation 2nd period)

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

2. Address :

3. Date of inoculation : Manufacturer Lot No.

日本脳炎予防接種：措置（被接種者控用）

接種回数（1期初回（1回目・2回目） 追加接種 2期）

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 ロット番号

Japanese Encephalitis Inoculation : Corrective measure (Record for inoculated person)

No. of inoculation (1st period (1st・2nd) Additional inoculation 2nd period)

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

2. Address :

3. Date of inoculation : Manufacturer Lot No.

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合または13歳以上で保護者が同伴しない場合は本人) に対して、予防接種の効果、副反について説明しました。

I explained to the guardian (or the recipient if the recipient is married, or older than 13 years old without the accompaniment of parent or a guardian), about effects of vaccination and sub-reactions

医師署名又は記名押印(Doctor's signature or seal)

以下の欄は、内容をよく読んで、保護者をご記入ください。(記入が無いと接種を受けられません)

※13歳未満の方については、保護者の同伴が必要です。

(13歳未満で保護者以外が同伴する場合は委任状が必要です。)

A parent or a guardian must fill the following column after reading the contents carefully.

(If the column is not filled in, you will not be inoculated) * If you are under the age of 13, you must be accompanied by a guardian. (If you are under the age of 13 and are accompanied by a person other than a guardian, a Power of Attorney is required.)

○ 保護者(または代理者)が同伴する場合、もしくは受ける人が既婚者の場合はこちらを記入

If you are accompanied by a parent (or agent) or if the recipient is married, fill in this form

保護者(または代理者、もしくは接種を受ける人が既婚者の場合は本人)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)

Column to be filled in by a guardian(or his agent) or by the recipient if the recipient is married,

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種することに(同意します ・ 同意しません)。

※かっ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。

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.

保護者(または代理者、もしくは接種を受ける人が既婚者の場合は本人) 自署

Signature of a guardian(or agent) or the recipient if the recipient is married.

○ 受ける人が13歳以上で保護者が同伴しない場合はこちらを記入

In case recipient is over 13years old and without the guardian to accompany. Fill this column.

保護者記入欄兼同意書

Parent/Guardian's column and confirmation of agreement

日本脳炎の予防接種(措置接種)を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種健康被害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)。

※かっ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。

I have read the explanation on Japanese Encephalitis vaccination and, understanding 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.

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。

Understanding that this questionnaire is to secure the safety of vaccination, I agree that it will be submitted to Chiba City.

保護者自署 Signature of a guardian

住 所 Address

緊急の連絡先 Contact point in case of emergency

○本様式は、13歳以上の方が日本脳炎の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要なもの

です。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書を提出してください。This format is required if a child over 13years old is to be inoculated of Japanese Encephalitis vaccine without attendance of a guardian. If a child is to get an Inoculation alone, he/she must bring this agreement.

1期として初回2回(6~28日までの間隔をおいて)、追加接種は1回(初回接種2回終了後、概ね1年後)接種するのが望ましいと言われています。1期3回終了後、2期として追加接種を1回します。

主な副反応として、接種後3日以内に発熱が18.7%みられ、咳11.4%、鼻水9.8%、接種局所の発赤。腫れは8.9%見られます。

1. Effects and Sub-reactions of inoculation

If immunity is obtained, it can prevent infection of Japanese encephalitis and relieve symptoms. It is desirable to inoculate twice for the first time of the 1st phase (at intervals from 6 to 28 days), and once for additional inoculation (about 1 year after the 2nd inoculation of the first period). After 3 inoculations of the first phase, an additional inoculation is to be made as the 2nd phase.

As main sub-reactions, fever has been observed 18.7% within 3 days after inoculation, cough 11.4%, runny nose 9.8%, redness in the inoculation area. Swelling is seen 8.9%.

2 予防接種による健康被害救済制度について

予防接種を受けた後、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状があったら、かかりつけ医の診察を受け、感染症対策課までご連絡ください。障害を残すなどの健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づく健康被害救済制度が受けられる場合があります。

2 Health hazard relief system by vaccination.

After receiving vaccinations, if you have symptoms such as severe swelling in the inoculation area, high fever, convulsions etc., consult your family doctor and contact Infection Disease Control Division. If a health hazard, such as leaving a disability, occurs, you may be able to receive a health injury relief system based on the Vaccination Act.

(13歳未満で保護者以外が同伴する場合は委任状が必要です。)

If a child under 13 years is attended by other than a guardner, a power of attorney is required