

【大阪市 外国人住民向け予診票（参考様式）】

大阪市予防接種委託医療機関の皆様

外国人住民の方が、この予診票を持参された場合は、次の点に留意のうえ、接種いただいても差し支えありません。

- ・接種前に、大阪市予防接種手帳等に編綴された大阪市指定の予診票を所持していることを必ずご確認ください。（所持していない場合は接種できません）
 - ・接種後は、大阪市予防接種手帳等から該当する大阪市指定の予診票を必ず切り取り、本票とともに委託医療機関にて保管してください。
- また、大阪市指定の予診票の副票、母子健康手帳双方に接種記録を記載し、被接種者にお渡しください。

Ⅰ 疫苗接种问卷（婴幼儿/学龄儿童为对象）

		診察前体温		度
地址				
儿童姓名	男	出生日期	/ / (日/月/年)	
父母/监护人姓名	女	年齢	(年 月)	

1	提问项目	回答栏		医生意见栏
		是	否	
1	关于今天要注射的疫苗，是否已阅读市办公室发放的说明书？			
2	请回答关于儿童的以下问题。 出生体重 分娩过程中是否有异常？ () 克 出生后是否有异常？ 在婴儿体检中是否发现过异常？	是 是 是	否 否 否	
3	今天是否身体不适？ 如果是，请描述具体症状。()	是	否	
4	最近一个月是否曾生病？ 疾病名称()	是	否	
5	最近一个月家庭成员或玩伴中是否有患麻疹、风疹、水痘或腮腺炎的人？ 疾病名称()	是	否	
6	从出生至今家庭成员或身边的人当中，是否有患结核的人？	是	否	
7	最近一个月是否接种过疫苗？ 疫苗名称()	是	否	
8	从出生至今是否有因患先天异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病，接受医生诊察？ 疾病名称()	是	否	
9	治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种（如适用）？ 过去是否有晕厥史（晕厥或阵发）？ 如果有，是在多大时发生的？() 当时是否发烧？	是 是 是	否 否 否	
10	是否曾因食物或药物出现皮疹（荨麻疹或“风疹”），或出现身体不适症状？	是	否	
11	近亲中是否有患先天免疫缺陷疾病的人？	是	否	
12	过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应？ 疫苗名称()	是	否	
13	近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人？	是	否	
14	在过去6个月中是否曾接受输血，或注射一种叫做伽玛球蛋白的药物？	是	否	
15	您对今天的接种是否有任何疑问？	是	否	
16	医生意见栏 根据上述回答和诊察结果，判断今天的疫苗接种（可以实施/暂停实施）。 已向父母/监护人解释了接种疫苗的作用和副作用，以及预防接种健康被害救济制度（对接种出现相关不良反应的人所提供的救助制度）。 医生签名和名章：			

17	通过接受医生的诊察・说明，对接种疫苗的作用、目的和风险（包括严重的副作用），以及对预防接种健康被害救济制度等理解的基础上，（同意/不同意）接种疫苗。*请在括号中选择的项目上画圈。 此问卷用于提高接种疫苗的安全性。理解上述声明并同意将此问卷提交给市办公室。 家长/监护人签名：			
----	---	--	--	--

疫苗名称	剂量	实施机构/医生姓名/接种日期
疫苗名称 批号 [注意] 确认疫苗的有效日期是否过期。	※接种方法 毫升	实施机构： 医生姓名： 接种日期： / / (日/月/年)

本票は、定期予防接種のうち、B型肝炎・ロタウイルス・子宮頸がんを除くワクチンに使用できません。
B型肝炎およびロタウイルスについては、別票をご使用ください。
なお、子宮頸がんは、様式改定に伴い現在準備中のため、当面の間お待ちください。

Ⅱ 予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）

		診察前体温		度	分
住 所					
受ける人の氏名	男	生 年 月 日	平成・令和	年	月 日
保護者の氏名	女	月 日	(満 歳 ヵ月)		

1	質問事項	回答欄		医師記入欄
		はい	いいえ	
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重() g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
5	1カ月以内に家族や遊び仲間、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか（病名）	はい	いいえ	
6	生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
7	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
8	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、医師の診察を受けていますか 病名() その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
9	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
10	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	
11	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	
12	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 予防接種の種類()	ある	ない	
13	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	
14	6カ月以内に輸血ある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	
15	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
16	医師記入欄 以上の間診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救济制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印			

17	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救济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）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署			
----	--	--	--	--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないかを確認	※接種方法 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日