

【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。

Hepatitis B Vaccine Screening Questionnaire

		Body temperature before interview		Degrees	
Address					
Child's Name		M	Birth date	Born on	(d/m/y)
Parent/Guardian's Name		F		Age (years months)

Questionnaire for Vaccination		Answer		Doctor's comment
1	Have you read the document (sent to you previously by the municipal office) explaining the vaccination that will be administered today?	Yes	No	
2	Please answer the following questions about the child. Birth Weight () g Did the child have any abnormal findings at delivery? () g Did the child have any abnormal findings after birth? Was any abnormality identified at an infant health check?	Yes Yes Yes	No No No	
3	Is the child sick today? If so, describe the nature of the illness. ()	Yes	No	
4	Has the child been ill in the past month? Disease name ()	Yes	No	
5	Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? Disease name ()	Yes	No	
6	Has the child been vaccinated in the past month? Vaccine name ()	Yes	No	
7	Does the child have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? Disease name ()	Yes	No	
	Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination?	Yes	No	
8	Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at what age did it occur? ()	Yes	No	
	If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time?	Yes	No	
9	Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications?	Yes	No	
10	Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency?	Yes	No	
11	Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? Vaccine name ()	Yes	No	
12	Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past?	Yes	No	
13	Has the child received a transfusion of blood or blood products or been given a medicine called gamma globulin in the past 6 months?	Yes	No	
14	Did the child receive the hepatitis B vaccine after birth as part of the mother-to-infant transmission prevention program?	Yes	No	
15	Do you have any questions about today's vaccination?	Yes	No	
16	Doctor's comment Based on the above answers and the results of interview, I have decided that the child (can / should not) receive a vaccination today. I have explained to the parent/guardian the information concerning the benefits and side effects of vaccination and the support provided to people who have had adverse events associated with vaccination. Signature or Name and Seal of Doctor:			

17 This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccination. The child has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of vaccination has been explained to me by the doctor, as has the nature of support provided if adverse events occur. I believe that I understand this information.
I (do / do not) * give consent for the child to be vaccinated. * Please circle your choice.
I understand the above and agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office.
Signature of Parent / Guardian:

Vaccine Name	Dosage	Institution / Doctor Name / Date Administered
Vaccine Name Lot Number [Caution] Confirm that the expiration date of the vaccine is valid.	* (Subcutaneous injection) mL	Institution: Doctor Name: Date Administered: / / (d/m/y)

B型肝炎予防接種予診票

		診察前の体温		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	生 年 月 日	(満 歳 カ月)				

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
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、麻しん、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	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	
7	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いわれましたか	はい	いいえ	
8	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	
9	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	
10	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	
11	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	
12	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	
13	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	
14	母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	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 以上の問診及び診察の結果、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済制度について、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。

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要確認	※ (皮下注射) mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日