

# 【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。

## B 型肝炎 予防接種 予診票

주소		진찰 전 제은		도	
어린이 이름	M	생년월일	나이 (년)	월	일
보호자 이름	F		(개월)		

질문 사항	답변	의사 기입란
1 오늘 받을 예방접종에 대한 설명서를 읽어보셨습니까(관할 행정기관에서 발송된 것)?	예 아니오	
2 자녀분의 발육상황에 대한 다음 질문에 답하십시오. 출생 시 체중 분만 시 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? ( )g 출산 후 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? 신생아 건강 검진시 이상한 점이 발견되었습니까?	예 아니오 예 아니오 예 아니오	
3 현재 아픈 곳이 있습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오.( )	예 아니오	
4 최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명( )	예 아니오	
5 최근 한 달 이내에 가족 또는 친구 중 홍역, 풍진, 수두, 유행성이하선염을 앓은 사람이 있습니까? 질병명( )	예 아니오	
6 최근 한 달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예 아니오	
7 출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명( )	예 아니오	
8 그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?	예 아니오	
9 과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까?( )세 경	예 아니오	
10 앞의 질문에 "예"라고 답한 경우 그 당시 발열이 있었습니까?	예 아니오	
11 약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?	예 아니오	
12 가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?	예 아니오	
13 과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예 아니오	
14 가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?	예 아니오	
15 지난 6개월 동안 수혈 또는 감마글로불린 주사를 맞은 적이 있습니까?	예 아니오	
16 모자 감염 예방으로 출생 후에 B형 간염 백신 접종을 받은 적이 있습니까?	예 아니오	
17 오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있으십니까?	예 아니오	

의사 기입란  
 이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다.  
 보호자에게 예방접종의 효과 및 부작용, 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다.  
 의사 서명 또는 기명 날인

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 [주의] 백신의 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	*(피하 주사)	기관: 의사 이름: 접종 날짜: / / (d/m/y)

보호자 서명:

## B型肝炎 予防接種 予診票

住 所		診察前の体温		度 分	
受ける人の氏名	男	生 年 日	平成・令和	年	月 日
保護者の氏名	女	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疹、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。 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