

Influenza Vaccination Examination Form

子どものインフルエンザ予防接種予診票 (英語)



回目

Name of Child 氏名		M男 · F女	Data of Birth. 生年月日	Year年 (Age;)	Month月 years	Day日 months
Address 住所	Toyohashi-shi/豊橋市		Tel 電話			
Name of Parent/Guardian 保護者の氏名			Body Temperature (prior to examination) 診察前の体温 (医療機関で測定)	度 分 °C		

Question 質問事項	Response 回答欄		医師記入欄
Is this the first (or second) vaccination of the season? 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1st 1回目	2nd 2回目	
Do you have any concerns about your child's health today? If yes, please explain. () 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	Yes はい	No いいえ	
Is your child currently being treated by a doctor for an illness? Please specify () 現在、何かの病気で医師にかかっていますか (病名)	Yes	No	
Has your child been ill in the past month? 1か月以内に病気にかかりましたか What illness? 病名() When? いつ頃 (month月 date日 ~ month月 date日)	Yes	No	
Has your child ever been diagnosed by a physician for any special illnesses (congenital, heart, blood, kidney, liver, or cranial nerve disorder, immunodeficiency, etc.)? Name of illness? () 生まれてから今までに先天性異常、心臓、血液、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 ()	Yes	No	
Has anyone in your family ever been diagnosed with a congenital immunodeficiency? 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	Yes	No	
Has your child ever had convulsions? ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか At what age? () 歳頃	Yes	No	
If you answered "yes," Did your child have a fever at the same time? 「はい」と答えた方へ その時熱がでましたか	Yes	No	
Has your child ever had an allergic reaction such as hives or a rash after taking medicine or eating a particular foods (e.g. chicken, eggs)? 薬や食品(鶏肉や卵など)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	Yes	No	
Has your child been previously diagnosed with respiratory disorders such as interstitial pneumonia or bronchitis and is currently being treated? これまでに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか	Yes	No	
Has your child ever had a reaction to an immunization? Please specify () 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 ()	Yes	No	
In the past month, has your child come into contact with anyone who has measles, rubella, chicken pox, or mumps? 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか	Yes	No	
Which illness? 病名 () Who? 誰が () When? いつ頃 ()			
[If your child is a woman] Is she currently pregnant or do you think she might be pregnant? 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか	Yes	No	
[If the recipient is a child] 接種を受ける方がお子さんの場合			
Was there any abnormality during delivery, at birth, or at infant examination? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	Yes	No	
Do you have any questions regarding the immunization your child will receive today? 今日の予防接種について質問がありますか	Yes	No	

FOR DOCTOR USE ONLY. 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、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明をしました。

医師署名又は記名押印

After receiving the examination and the physician's explanations, I understand the immunization's purpose and effects, possible serious side effects, and the relief system for injuries caused by vaccines, and I (※ 同意します agree ・ 同意しません do not agree) to the vaccination.

※Please circle your answer

Finally, I understand that this questionnaire is designed to make the vaccination as safe as possible, and any personal information will be used only for vaccination purposes. To that end, I agree to submit this form to the City of Toyohashi.

Parent or Guardian's Signature 保護者署名

使用ワクチン	接種量 (皮下接種)		実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
Lot No. シール貼付場所	1~3歳未満 0.25 ml	3歳以上 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日