

**Voluntary Vaccine Screening Questionnaire for Mumps**  
**おたふくかぜワクチン 任意接種予診票**

Body Temperature (before interview) 診察前の体温	°C
---	----

Address 住所		Tel: 電話		
Child's Name 受ける人の氏名	M 男	Date of Birth 生年月日	/ / (yy/mm/dd) (年/月/日)	
Parent/Guardian's Name 保護者の氏名	F 女		Age: (満	years 歳

Questionnaire for Vaccination 質問事項	Answer 回答欄		Doctor's Comment 医師記入欄
Have you read and understood the document (sent to you previously by Sapporo City) explaining the vaccination that will be administered today? 今日受ける予防接種について札幌市から配られている説明文書を読み、理解しましたか。	Yes はい	No いいえ	
Please answer the following questions about the child. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。			
Birth weight 出生体重 ( )g	Did the child have any abnormal findings at delivery? 分娩時に異常がありましたか。	Yes あった	No なかった
	Did the child have any abnormal findings after birth? 出産後に異常がありましたか。	Yes あった	No なかった
Were there any abnormalities identified at any infant health checks? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	Yes ある	No ない	
Is the child sick today? 今日体に具合の悪いところがありますか。 If so, describe the nature of the illness. 具体的な症状を書いてください。( )	Yes はい	No いいえ	
Has the child been ill or vaccinated in the past month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか、又は予防接種を受けましたか。	Yes はい	No いいえ	
Disease name 病名 ( )	Vaccine name 予防接種名 ( )		
Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がありましたか。	Yes はい	No いいえ	
Disease name 病名 ( )			
Has the child had any special illness (congenital anomaly, heart, liver, neurological disorder, immunodeficiency or any other disease) for which you have consulted a doctor? 生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常、心臓、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。	Yes はい	No いいえ	
Disease name 病名 ( )			
Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination? 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。	Yes はい	No いいえ	
Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	Yes はい	No いいえ	
If so, at what age did it occur? ( ) years old			歳頃
If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time? そのとき熱が出ましたか。	Yes はい	No いいえ	
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? 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。	Yes はい	No いいえ	
Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	Yes はい	No いいえ	
Has the child ever had a serious reaction to a vaccine in the past? 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。	Yes はい	No いいえ	
Vaccine name 予防接種名 ( )			

Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past? 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。	Yes はい	No いいえ	
Has the child received a transfusion of blood or blood products, or been given a medicine called gamma globulin in the past 6 months? 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。※	Yes はい	No いいえ	
Do you have any questions about today's vaccination? 今日の予防接種について質問がありますか。	Yes はい	No いいえ	

Doctor's comment 医師記入欄

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 the vaccination and the support provided to people who have had adverse events associated with vaccination.

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。

Signature or Name and Seal of Doctor:  
医師署名又は記名押印

Parent's comment 保護者記入欄

The child has been interviewed by the doctor, and information concerning the benefits, objectives, and risks (including serious side effects) of the 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.

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）※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

This screening questionnaire is used to improve the safety of vaccinations. I understand this and agree that this questionnaire can be submitted to the municipal government.

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。

Signature of Parent / Guardian:  
保護者自署

Vaccine Name 使用ワクチン名	Dosage 接種量	Institution/Doctor's Name/Date Administered 実施場所・医師名・接種年月日
Vaccine Name ワクチン名 Lot. No. [Caution] Confirm that the expiration date of the vaccine is valid. (注)有効期限確認	Subcutaneous injection (皮下接種)  ml	Institution 実施場所 Doctor's Name 医師名 Date Administered      /      / (yy/mm/dd) 接種年月日      年      月      日
Doctor's Comment 医師記入欄		

[Note] Gamma globulin is a blood product that is injected to prevent infections, such as type A hepatitis, and to treat severe infections. Vaccines are occasionally less effective in people who have received this product in the preceding 3 to 6 months.

※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、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。