

Vaccination Inquiry Form (Children) 子供用予防接種前予診票

Year

Month

Day

20

年

月

日

It is very important to know the child's medical history and state of health. All information given here is strictly confidential.
お子様の既往症と体調を事前に把握しておく事は大切な事です。個人情報の秘匿は守られます。

Parent/Guardian Information 親・保護者の情報

フリガナ:

Last name 姓

First name(s) 名

Male

Female

Nationality 国籍

Language(s) 言語

Occupation 職業

Address in Japan 日本での住所

Phone number 電話

E-mail/fax メール・ファックス

Relationship to the child お子様との関係

Child Information お子様の情報

フリガナ:

Last name 姓

First name(s) 名

Male

Female

Date of Birth 生年月日

Year

Month

Day

Language(s) 言語

Desired Vaccination(s) 予防接種の受診希望

Please select the vaccination(s) you wish the child to have. 今回希望する項目に印を付けてください

☐ DPT-IPV 四種混合

☐ Chickenpox 水痘

☐ Mumps おたふくかぜ

☐ MR (Measles & Rubella) 麻疹風しん混合

☐ Flu インフルエンザ

☐ Rotavirus ロタウィルス

☐ BCG ビーシージー

☐ HBV (Hepatitis B) B型肝炎

☐ Japanese B Encephalitis 日本脳炎

☐ Pneumococcal vaccine 肺炎球菌

☐ Hib (Haemophilus Influenza type B) B型インフルエンザ菌ワクチン

☐ Other (please write) 他

Does the child have a regular doctor from another clinic? かかりつけの医師は他の医療機関での
No Yes Was the doctor consulted about the above desired vaccination(s)? No Yes
かかりつけの医師に上記の予防接種に関して受ける事が出来るか否か聞きましたか

Has the child had any vaccinations during the past month? 1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか
No Yes What? Date of vaccination: 受けた日 Month: Day:

Has the child ever become sick after having a vaccination? 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことありますか
No Yes Please give details 詳細を書いて下さい

Birth History and Development 出生時の状態及び発育について

Weight at birth 出生時体重

Height at birth 出生時身長

Were there any complications during the child's delivery? 分娩時に異常はありましたか

What?

Were there any problems after the birth? 出生後に異常がありましたか

What?

Were any abnormalities noted in the child's last checkup? 最後の乳児健診で異常があるといわれたことがありますか

What?

Go to REVERSE SIDE

Current and Past Physical Condition 最近と過去の体調についての質問

Temperature of child: 体温 _____°C

Does the child have any physical complaints today? 今日体に具合が悪いところがありますか

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

Has the child been sick during the past month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

☐ ☐ Is the child currently taking prescribed or over-the-counter medicine(s)? 今、処方薬又は売薬を服用していますか

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

Has the child had any major illnesses in the past, such as congenital heart, liver, kidney, cerebro-neurological or immunodeficient diseases? 既往歴: 先天性心臓、肝臓、腎臓、脳神経、免疫不全等の異常その他

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

Has the child ever had convulsions (seizures)? ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか

No ☐ Yes ☐ ➔ At what age? 何歳に? _____year(s) 歳 _____month(s) ケ月

Did he/she have a fever with the convulsions? ひきつけた時熱を伴っていましたか No ☐ Yes ☐

Has the child been allergic to anything (drugs, food, eggs, chicken, other)? アレルギーの有無(薬、食べ物、卵又は鶏肉、他)

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

Has the child had a blood transfusion or gamma-globulin injection? 今までに輸血又はガンマグロブリン注射を受けたことがありますか

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

Have any other members of your family or the child's friends had measles, rubella, chickenpox or mumps in the last month?

1ヶ月以内に家族、子供の友達で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか

No ☐ Yes ☐ ➔ Please give details 詳細を書いて下さい

Has anyone in your family been diagnosed with a congenital immunodeficient disease?

家族に、先天性免疫不全症と診断を受けた人はいますか

No ☐ Yes ☐ ➔ What? 何

Treatment Preferences and Medical Fees 治療の希望と医療費

Do you have Japanese Health Insurance or private medical insurance? 日本の保険証又は他の私的医療保険証をお持ちですか

No ☐ Yes ☐

Please return this form. Thank you.

Consent to Vaccination(s) 予防接種のコンセント

Parent/guardian's name: _____
親・保護者の名前

Signature: _____
サイン

Date: 年月日 ▪ Year: _____ Month: _____ Day: _____

Doctor's name: _____
医師の名前