

**Onna Village Medical Questionnaire for Vaccination / 恩納村予防接種予診票**

Address 住所		Body Temp Now/ 診察前の体温		( ) °C	
Child's (Recipient's) Name 受ける人の氏名		<Date of Birth / 生年月日> /y /m /d (平成 年 月 日)		<Age/年齢> /year(s) /month(s) <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
Parent's/Guardian's Name 保護者の氏名		Telephone Number 電話番号			
Type of Vaccination 予防接種名		Term/time: 期 / 回		Term / the time 期初回・追加 / 回目	

QUESTIONS	RESPONSES		PHYSICIANS COMMENTS
1. Have you read the explanation about today's vaccination (such as Vaccination Guide) distributed by local government? 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(「予防接種のしおり」など)を読みましたか	Yes はい	No いいえ	
2. We will ask you about your child's growth. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします What was your child's weight at birth? 出生体重 ( ) grams Were there any unusual circumstances during delivery? 分娩時に異常がありましたか Were there any unusual circumstances after childbirth? 出生後に異常がありましたか Were you informed of any extraordinary conditions in your child at the child health examinations? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Yes あった Yes あった Yes ある	No なかった No なかった No ない	
3. Do you have any concerns about your child's health now? 今日体に具合の悪いところがありますか If you answered "yes", please write the specific symptoms: 具体的な症状を書いてください ( )	Yes はい	No いいえ	
4. Has your child been ill in the past one month? 最近1か月以内に病気にかかりましたか If you answered "yes", please write the name of illness and the date of recovery: 病名・治癒日 ( )	Yes はい	No いいえ	
5. In the past one month, has your child been in contact with any person who has any of the following: Measles, Rubella, Chicken Pox and Mumps, etc? 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか If you answered "yes", please write the name of illness: 病名 ( )	Yes はい	No いいえ	
6. Has your child had any vaccination in the past one month? 1か月以内に予防接種を受けましたか If you answered "yes", please write the type of vaccination and the date: 予防接種の種類、接種日 ( )	Yes はい	No いいえ	
7. Has your child ever been diagnosed for any of the following conditions; Congenital disorder, disease of Heart, Kidney, Liver, Brain, Nerve, Immune Deficiency, and others? 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 If you answered "yes", please write the name of illness: 病名 ( )	Yes はい	No いいえ	
8. If your child has been treated for any of the above, has the attending physician approved 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	
9. Has your child ever experienced convulsions? when age: ( ) ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか( )歳頃 If you answered "yes", did the child have a fever at that time? そのときに熱がでましたか	Yes はい Yes はい	No いいえ No いいえ	
10. Has your child ever developed a Rash, Hives or had any other reaction to medicine or food? 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	
11. Have any of your close relatives been diagnosed with a Congenital Immune Deficiency? 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 はい	No いいえ	
12. Has your child ever become ill from a vaccination? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか If yes, what type of vaccination?: 予防接種の種類 ( )	Yes ある	No ない	
13. Has anyone of your close relatives ever become ill from a vaccination? 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	
14. Has your child had a blood transfusion or Gamma Globulin injection in the last six months? 6か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	
15. Do you have any questions regarding 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	

Physician's Comments 医師記入欄:  
Based on the above and the examination, today's vaccination is to be ( conducted, • withheld )  
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。  
I have explained to the guardians on the effect and reactions of the vaccination as well as the Relief System for Injury to Health with the Vaccination. Physician's Signature or Name and Seal  
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しました。 医師署名又は記名押印

Having received a medical examination and explanation by a doctor, would you like to receive an inoculation with the understanding of the effect, the possibility of side reactions and the Relief System for Injury to Health with Vaccinations? (Yes / No) ※Please circle either yes or no in parenthesis.  
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) ※カッコの中のどちらかを○で囲んでください。  
This questionnaire is intended to ensure the safety of vaccinations. I understand it and consent that this questionnaire will be sent to a municipal office. 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。  
Parent's/Guardian's Signature 保護者自署

Vaccine Name	Dosage	Medical Institution • Name of Physician • Date
Vaccine Name ワクチン名 Lot No.	(hypodermic injection) (皮下接種) ml	Medical Institution 実施医療機関 Physician 医師名 Vaccination Date 接種年月日

◆ γ-globulin is a type of blood product injected to prevent infectious diseases such as type A hepatitis and to treat serious infectious diseases. For a three to six month interval following use, γ-globulin medication may weaken the effects of the measles vaccination.  
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か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。  
Contact / Onna village Office Welfare Health Department Mother & Child Section / Phone number 098-966-1207