

HPV (子宮頸がん) ワクチン接種予診票

Phiếu dự chẩn tiêm phòng vắc-xin ngừa ung thư HPV

(ung thư cổ tử cung)

対象年齢：小学6年生～高校1年生 (標準的な接種期間は中学1年生)

対象者：対象者は学年が1年生から6年生までの小学生と、3年生から6年生までの中学生 (接種推奨期間は入学初年度から2年)

住所 Địa chỉ	春日井市 thành phố kasugai		診察前体温 熱度 体温 前検査時	
	電話番号 TEL — —		接種回数 接種回数 () 回目 回目	
フリガナ 姓 氏名 Họ tên	男 nam 女 Nữ		1か月以内に受けた他の予防接種 Các loại tiêm chủng khác trong vòng 1 tháng 年 年 月 月 日 日 (種類 種類 種類 種類) (種類 種類 種類 種類)	
保護者の氏名 Họ tên phụ huynh (受ける人が16歳未満の場合記入) (viết trong trường hợp người tiêm chủng chưa đủ 16 tuổi)			HPV ワクチンの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 Đối với trẻ tiêm vắc xin ung thư cổ tử cung liều thứ hai trở lên, hãy nhập tất cả các ngày tiêm chủng 1回目 1 lần 1: 年 年 月 月 日 日 (シルガード9 Silgard9・サーバリックス Cervarix・ガーダシル Gardasil) 2回目 2 lần 2: 年 年 月 月 日 日 (シルガード9 Silgard9・サーバリックス Cervarix・ガーダシル Gardasil)	
			* 回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。	

質問事項 câu hỏi		回答欄 cột trả lời		医師記入欄 cột nhập của bác sĩ
1	今日の予防接種について接種の効果や副反応等に関するリーフレットなどを読み、理解しましたか Bạn đã đọc và hiểu tờ rơi, v.v về hiệu quả và tác dụng phụ của việc tiêm chủng ngày nay chưa?	はい có	いいえ không	
2	出生時の体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか con của bạn đã bao giờ được cho là có cân nặng khi sinh thấp, hoặc có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào trong khi sinh, sau khi sinh hoặc trong các cuộc kiểm tra y tế cho trẻ sơ sinh? ()	いいえ không	はい có	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Hôm nay bạn có cảm thấy con bạn có gì không ổn không? 具体的な症状を書いてください Vui lòng ghi lại triệu chứng cụ thể ()	いいえ không	はい có	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか con bạn có bị ốm trong tháng vừa qua không? 病名 Tên bệnh () (月 月 日 日 頃 頃)	いいえ không	はい có	
5	HPVの2回目以降の接種や1か月以内に他の予防接種を受けた場合、接種間隔は適切ですか Nếu lần tiêm vắc-xin ung thư cổ tử cung thứ hai trở đi cho trẻ em và các loại tiêm chủng khác trong vòng 1 tháng, liệu khoảng cách tiêm chủng có phù hợp?	はい có	いいえ không	
6	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、発達障害の病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか Từ khi sinh ra đến giờ con bạn có được bác sĩ chuẩn đoán có bất kỳ bệnh đặc biệt (dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, máu lỏng, rối loạn phát triển, máu khó đông, suy giảm miễn dịch) hoặc các bệnh khác. 病名 Tên bệnh ()	いいえ không	はい có	

	(「はい」の方のみ) (giành cho những người trả lời là có) 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 đối với bệnh đấy,Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không?	はい có	いいえ không	
7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか con bạn đã bao giờ bị co giật chưa? (bao nhiêu 歳頃Tuổi)	いいえ không	はい có	
	(「はい」の方のみ) (giành cho những người trả lời là có) そのとき熱が出ましたか lúc đó có bị sốt không	いいえ không	はい có	
8	薬や食品、ゴム製品、金属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Bạn đã bao giờ bị phát ban trên da, nổi mề đay, hoặc tình trạng thể chất yếu do thuốc, thực phẩm, sản phẩm cao su, kim loại, v.v. 薬品名Tên thuốc() 食品名Tên thực phẩm()	いいえ không	はい có	
9	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 Có người thân được chẩn đoán bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh?	いいえ không	はい có	
10	これまでに本人または近親者において予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか Từ trước đến nay, bạn hay người thân của bạn có ai cơ thể từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? 誰がAi () 予防接種の種類Loại tiêm chủng() 症状Triệu chứng()	いいえ không	はい có	
11	現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか Bạn hiện đang mang thai hoặc có thể mang thai (chẳng hạn như kinh nguyệt bị chậm)? (注) 妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません (Lưu ý) Không nên tiêm chủng cho những người đang mang thai hoặc có thể mang thai	いいえ không	はい có	
12	現在、授乳をしていますかBạn đang cho con bú không?	いいえ không	はい có	
13	今日の予防接種について質問がありますかCó câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không? ()	いいえ không	はい có	
医師記入欄Cột điền dành cho bác sĩ 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。被接種者等に対して、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(姓名) 自署又は記名押印(ゴム印＋朱肉印)		体温37.5℃以上で接種した理由		見合わせ理由
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、接種によるリスク、予防接種健康被害救済制度や国・県の相談窓口などについて理解した上で、接種を受けることに(同意します・同意しません) Sau khi được bác sĩ thăm khám và giải thích, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng, rủi ro khi tiêm chủng, chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, các quầy tư vấn của chính phủ quốc gia - tỉnh, v.v. Tôi (đồng ý/không đồng ý) với việc tiêm chủng. 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、本予診票が市に提出されることに同意します。 Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo tính an toàn của tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương. 自署 Ký tên 16歳未満：保護者の姓名／保護者以外の方の姓名、続柄 Dưới 16 tuổi: Họ tên người bảo trợ/ họ tên, quan hệ với người không phải người bảo trợ 16歳以上：本人の姓名 Từ 16 tuổi trở lên: Họ tên người tiêm chủng				
使用ワクチン名		接 種 量	実施場所・接種医師名・接種年月日	
ワクチン名 ロットシール貼付 L o t No. (注)有効期限が切れていないか要確認		(筋肉内接種) 0.5ml	実 施 場 所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	
			予 診 年 月 日 令和 年 月 日 * 見合わせの場合のみ記入	