（消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。）(Sử dụng bút bi không thể xóa và điền vào khung dày với các ký tự dễ đọc.)

四種混合（ジフテリア･百日せき･破傷風･ポリオ）予防接種予診票
Bảng kiểm tra sơ bộ tiêm chủng bốn loại hỗn hợp
（Bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt）

対象年齢：2 か月～7 歳 6 か月未満
đối tượng tiêm phòng:trẻ từ 2 tháng tuổi đến dưới 7 tuổi 6 tháng

診察前体温 nhiệt độ cơ thể trước khi kiểm tra	度 độ　分 phút
接種回数 Số lần tiem chủng（　　）回目 lần	
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 năm　月 tháng　日 ngày （種類 loại tiêm chủng　　） 年 năm　月 tháng　日 ngày （種類 loại tiêm chủng　　）	

住　所 địa chỉ	春日井市 thành phố kasugai TEL số điện thoại　－　－		四種混合の２回目以降の場合、接種日をすべて記入 Đối với trẻ tiêm bốn loại hỗn hợp liều thứ hai trở lên, hãy nhập tất cả các ngày tiêm chủng 1回目lần1：　年năm　月tháng　日ngày 2回目lần2：　年năm　月tháng　日ngày 3回目lần3：　年năm　月tháng　日ngày	
ふりがな tên viết katkana		男 Nam 女 nữ	生年 月日 ngày tháng năm sinh	年 năm　月 tháng　日生 ngày （満　歳 tuổi　カ月 tháng）
受ける人の氏名 Họ tên người tiêm				
保護者の氏名 Họ tên phụ huynh			＊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「予防接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか Bạn đã đọc và hiểu về tiêm chủng ngày nay, chẳng hạn như "Tiêm chủng và Sức khỏe trẻ em?	はい có	いいえ không	
2	今までにポリオワクチン又は三種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか con bạn đã bao giờ được tiêm vắc-xin bại liệt hoặc ba loại vắc-xin hỗn hợp chưa?	いいえ không	はい có	
	（「はい」の人のみ）(giành cho những người trả lời là có) ポリオワクチン接種日 Ngày tiêm phòng bại liệt: １回目 lần 1　年 năm　月 tháng　日 ngày（生 tươi・不活化 bất hoạt hóa） ２回目 lần 2　年 năm　月 tháng　日 ngày（生 tươi・不活化 bất hoạt hóa） ３回目 lần 3　年 năm　月 tháng　日 ngày（生 tươi・不活化 bất hoạt hóa） ４回目 lần 4　年 năm　月 tháng　日 ngày（生 tươi・不活化 bất hoạt hóa） 三種混合ワクチン接種日 Ngày tiêm chủng ba loại hỗn hợp １回目 lần 1　年 năm　月 tháng　日 ngày ２回目 lần 2　年 năm　月 tháng　日 ngày ３回目 lần 3　年 năm　月 tháng　日 ngày ４回目 lần 4　年 năm　月 tháng　日 ngày			
3	**四種混合の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 bốn loại hỗn hợp 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?** ２・３回目 lần 2・3：前回から21日目以降(標準としては56日までの間) Lần thứ 2 và 3: Từ ngày thứ 21 trở đi so với lần trước（56 ngày theo tiêu chuẩn） ４回目lần 4　：前回から６カ月以降(標準として12～18カ月の間) Lần thứ 4: 6 tháng trở lên kể từ lần trước（12 đến 18 tháng theo tiêu chuẩn）	はい có	いいえ không	
4	お子さんの発育歴についておたずねしますTôi sẽ hỏi về lịch sử phát triển của con bạn. 出生体重 Cân nặng khi sinh（　　）g 分娩時に異常がありましたか Có bất kỳ sự bất thường nào tại thời điểm sinh nở ? （　　） 出生後に異常がありましたか Có bất thường sau khi sinh (?) （　　） 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Bạn đã bao giờ được thông báo rằng có gì đó không ổn trong việc kiểm tra sức khỏe của em bé? （　　）	なかった Không なかった Không ない không	あった Có あった Có ある có	

5	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	
6	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 tháng　　日 ngày đến～　　月 tháng　　日頃 ngày）	いいえ không	はい có	
7	１か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか trong vòng một tháng gần đây gia đình và người chơi có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị, v.v ... không? 病名 Tên bệnh（　　月 tháng　　日頃 ngày）	いいえ không	はい có	
8	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 Kể từ khi sinh ra, con bạn đã bị dị tật bẩm sinh, tim, thận, gan, dây thần kinh sọ, bệnh suy giảm miễn dịch hoặc bệnh khác và đã được bác sĩ kiểm tra chưa? 病名 Tên bệnh（　　）	いいえ không	はい có	
	（「はい」の人のみ） （giành cho những người trả lời là có） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いといわれましたか đối với bệnh đấy bác sĩ có bảo hôm nay tiêm phòng là không có vấn đề gì không	はい có	いいえ không	
9	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 Tuổi　　か月頃 tháng）	いいえ không	はい có	
	（「はい」の人のみ）（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	
10	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 con bạn đã bao giờ bị phát ban hoặc nổi mề đay trên da hoặc cảm thấy bị cơ thể không tốt do thuốc hoặc thực phẩm, ? 薬品名 Tên thuốc（　　） 食品名 Tên thực phẩm（　　）	いいえ Không	はい có	
11	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 Có người thân được chẩn đoán bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh?	いいえ không	はい có	
12	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 con bạn đã bao giờ bị ốm sau khi được tiêm phòng? 予防接種の種類 Loại tiêm chủng　（　　） 症状 triệu chứng（　　）	いいえ không	はい có	
13	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 Có ai trong số những người thân của bạn bị ốm sau khi được tiêm phòng không? 予防接種の種類 Loại tiêm chủng（　　）	いいえ không	はい có	
14	今日の予防接種について質問がありますか Bạn có thắc mắc về tiêm chủng ngày hôm nay? （　　）	いいえ không	はい có	

医師記入欄 cột nhập của bác	体温37.5℃以上で接種した理由	見合わせ理由
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。 **医師署名**（自署、姓名）又は記名押印（ゴム印＋朱肉印）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		

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、接種を受けることに（ **同意します・同意しません** ）

Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, 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.

保護者署名　　chữ ký của phụ huynh＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄）（hoặc của người được tiêm trong trường hợp người đó đã kết hôn）Tự kí）

使用ワクチン名	接　種　量	実施場所・接種医師名・接種年月日	予 診 年 月 日
ワクチン名 （ロットシール貼付） Ｌｏｔ　No. （注）有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 0.5ml	実 施 場 所 接種医師名 接種年月日　令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日 ＊見合わせの場合のみ記入