

(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.)

BCG 接種予診票 対象年齢：1歳未満（標準的な接種期間は生後5～8か月未満）

Phiếu dự chẩn tiêm chủng BCG đối tượng tiêm: dưới 1 tuổi (Thời gian tiêu chuẩn để tiêm là sau khi sinh 5 đến 8 tháng tuổi)

住所 Địa chỉ	春日井市 thành phố Kasugai		診察前体温 熱度 分 秒 度 分 秒	
	直近1か月に受けた予防接種 Các loại tiêm chủng khác trong vòng 1 tháng 年 月 日 日 (種類 loại tiêm chủng) 年 月 日 日 (種類 loại tiêm chủng) 年 月 日 日 (種類 loại tiêm chủng)			
フリガナ tên viết katakana		男 Nam	生年 月 日	年 月 日生 Ngày tháng năm (満 か月) (Tròn tháng)
受ける人の氏名 tên người được tiêm		女 Nữ	Ngày sinh	
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 Nội dung 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 bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa?	はい có	いいえ Không	
2	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	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか。Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? 具体的な症状を書いてください。Hãy viết ra 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 Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? 病名 Tên bệnh () (月 日 日 頃)	いいえ không	はい có	
5	皮膚病にかかっていますか。Bạn có bị bệnh ngoài da không 病名 Tên bệnh ()	いいえ không	はい có	
6	今、副腎皮質ホルモン剤を使用していますか Hiện tại có đang sử dụng hormone kích thích vỏ thượng thận không 病名 tên bệnh () 薬品名 Tên thuốc () 薬の種類 (のみ薬・ぬり薬・貼り薬・注射) Loại thuốc (Nôi y, Thuốc mỡ, Miếng dán da, Sự tiêm) ぬり薬の場合、ぬった場所 nếu trường hợp là thuốc bôi, vị trí đã bôi ()	いいえ không	はい có	
7	生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった人がいましたか từ khi bạn sinh ra đến bây giờ có ai trong gia đình bạn mắc bệnh lao không?	いいえ không	はい có	

8	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がいましたか Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị không? 病名 Tên bệnh () 月 tháng 日 頃 ngày)	いいえ không	はい có	
9	直近1か月に受けた予防接種との接種間隔は適切ですか Trường hợp trong vòng 1 tháng mà đã được tiêm loại vacxin nào khác thì thời gian tiêm chủng có hợp lý không?	はい có	いいえ không	
10	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 Từ khi sinh ra đến giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? 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 その病気を診てもらっている医師に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	
11	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) 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	
12	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 Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không?	いいえ không	はい có	
13	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 Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? 予防接種の種類 Hình thức loại tiêm chủng ()	いいえ không	はい có	
14	近親者にBCG接種を受けて具合が悪くなった人はいますか Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng BCG không? 誰が Ai () 症状 Triệu chứng ()	いいえ không	はい có	
15	今日のBCG接種について質問がありますか Bạn có hỏi gì về việc tiêm chủng hôm nay không? ()	いいえ không	はい có	
医師記入欄 Cột 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。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)		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、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 BCG ワクチン	(経皮接種) 1滴	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
Lot No. ロットシール貼付 (注)有効期限が切れていないか要確認			