

B型肝炎予防接種予診票

tiêm phòng viêm gan B

対象年齢：0 か月～1 歳未満(標準的な接種期間は 2 か月～)

対象年齢：0 tháng đến dưới 1 tuổi (Thời gian tiêm chủng tiêu chuẩn là 2 tháng ~)

| | | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|--|
| 住所 Địa chỉ | 春日井市 thành phố Kasugai | | 診察前体温 熱度 cơ thể trước khi khám 度 分 °C | |
| | TEL 電話番号 — — | | 接種回数 Số lần tiêm chủng : () 回目 lần | |
| ふりがな tên viết bằng katakana | 男 Nam 女 Nữ | 生年 月日 ngày tháng năm sinh | 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) | |
| 受ける人の氏名 Họ tên người được tiêm | | 年 năm 月 tháng 日生 ngày (満 歳 tuổi カ月 tháng) | B型肝炎の 2 回目以降の場合、接種日をすべて記入 Đối với trẻ tiêm viêm gan B liều thứ hai trở lên, hãy nhập tất cả các ngày tiêm chủng 1 回目 lần 1 : 年 năm 月 tháng 日 ngày 2 回目 lần 2 : 年 năm 月 tháng 日 ngày | |
| 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 | 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種をうけたことがありますか người mẹ đã bao giờ được tiêm vắc-xin viêm gan B sau khi sinh để ngăn ngừa lây truyền từ mẹ sang con chưa? (「はい」と回答した場合、定期接種は受けられません) (Nếu bạn trả lời "Có", không thể tiêm chủng định kỳ.) | いいえ không | はい có | |
| 2 | 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 | |
| 3 | 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 | あった có あった Có | |
| 4 | 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 | |
| 5 | 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 | |
| 6 | 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 | |
| 7 | B型肝炎の 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 viêm gan B 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 | |

| | | | |
|----|--|--------------|--------------|
| 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 sợ, 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 | ラテックス過敏症ですか(表下欄外をお読みください) con bạn có mẫn cảm với latex không (xin vui lòng đọc dòng dưới bảng) | 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 Có người thân được chẩn đoán bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh? | 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 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 |
| 14 | 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 |
| 15 | 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

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 ロット No. (注)有効期限が切れていないか要確認 | (皮下接種) 0.25ml | 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 |

ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋などを使用した際にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと似た構造のタンパク質を含む果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

Mẫn cảm latex là dị ứng ngay lập tức với các sản phẩm cao su tự nhiên. Phản ứng dị ứng khi sử dụng găng tay cao su.

Nếu bạn bị dị ứng với các loại trái cây (protein như chuối, hạt dẻ, quả kiwi, quả bơ và dưa lưới) có chứa protein có cấu trúc tương tự như latex, vui lòng tham khảo ý kiến chúng tôi.