

五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)  
予防接種予診票  
Bảng kiểm tra sơ bộ tiêm chủng năm loại hỗn hợp  
(Bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt,Hib)

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

|                              |                           |                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                                                            |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 住 所<br>địa chỉ               | 春日井市<br>Thành phố Kasugai |                                                                                                                                                                                                                                   | 診察前体温 Nhiệt độ cơ thể trước khi kiểm tra<br>度 độ 分 phút                                                                                                          |                                                                            |
| ふりがな<br>tên viết katakana    |                           | 男<br>Nam                                                                                                                                                                                                                          | 接種回数 ( )回目<br>Số lần tiêm chủng : ( ) lần                                                                                                                        |                                                                            |
| 受ける人の氏名<br>Họ tên người tiêm |                           | 女<br>Nữ                                                                                                                                                                                                                           | 1か月以内に受けた他の予防接種<br>Các loại tiêm chủng khác trong vòng 1 tháng<br>年 năm 月 tháng 日 ngày<br>(種類 loại tiêm chủng )<br>年 năm 月 tháng 日 ngày<br>(種類 loại tiêm chủng ) |                                                                            |
| 保護者の氏名<br>Họ tên phụ huynh   |                           | 五種混合の2回目以降の場合、接種日をすべて記入<br>Đối với trẻ tiêm năm loại hỗn hợp lần thứ hai trở lên, hãy nhập tất cả các ngày tiêm chủng<br>1回目 lần 1 : 年 năm 月 tháng 日 ngày<br>2回目 lần 2 : 年 năm 月 tháng 日 ngày<br>3回目 lần 3 : 年 năm 月 tháng 日 ngày |                                                                                                                                                                  | 生年月日<br>ngày tháng năm sinh<br>年 năm 月 tháng 日 ngày<br>(満 歳 tuổi カ月 tháng) |

| 質 問 事 項<br>Câu hỏi |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 回 答 欄<br>Cột trả lời                           |                                     | 医師記入欄<br>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<br>Bạn đã đọc và hiểu về tiêm chủng ngày nay, chẳng hạn như "Tiêm chủng và Sức khỏe trẻ em?"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | は い<br>có                                      | いいえ<br>không                        |                              |
| 2                  | 今までに下記のワクチンのいずれかの接種を受けたことがありますか<br>Con bạn đã bao giờ tiêm bất kỳ loại vaccin nào dưới đây chưa?<br>(「はい」の人のみ) ※該当するワクチン名に○印を付けてください*<br>(giành cho những người trả lời là có) ※ Hãy khoanh tròn loại vaccin tương ứng<br>三種混合、四種混合ワクチン接種日 ポリオ単独、ヒブ単独ワクチン接種日<br>Ngày tiêm chủng loại hỗn hợp 3,4 trong 1 Ngày tiêm chủng bại liệt,Hib<br>1回目 年 月 日 1回目 年 月 日 (生・不活化)<br>lần 1 năm tháng ngày lần 1 năm tháng ngày (tươi・bất hoạt hóa)<br>2回目 年 月 日 2回目 年 月 日 (生・不活化)<br>lần 2 năm tháng ngày lần 2 năm tháng ngày (tươi・bất hoạt hóa)<br>3回目 年 月 日 3回目 年 月 日 (生・不活化)<br>lần 3 năm tháng ngày lần 3 năm tháng ngày (tươi・bất hoạt hóa)<br>4回目 年 月 日 4回目 年 月 日 (生・不活化)<br>lần 4 năm tháng ngày lần 4 năm tháng ngày (tươi・bất hoạt hóa) | いいえ<br>không                                   | は い<br>có                           |                              |
| 3                  | 五種混合の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<br>Khoảng cách tiêm chủng có phù hợp hay không nếu tiêm vaccin năm loại hỗn hợp lần thứ 2 trở đi hoặc tiêm loại tiêm chủng khác trong vòng 1 tháng gần đây?<br>( 2・3回目：前回から21日目以降(標準としては56日までの間)<br>Lần thứ 2 và 3: Từ ngày thứ 21 trở đi so với lần trước (56 ngày theo tiêu chuẩn)<br>4回目：前回から6か月以降(標準として18か月までの間)<br>Lần thứ 4: 6 tháng trở lên kể từ lần trước ( 18 tháng theo tiêu chuẩn)                                                                                                                                                                                                                                                                                            | は い<br>có                                      | いいえ<br>không                        |                              |
| 4                  | お子さんの発育歴についておたずねします<br>Tôi sẽ hỏi về lịch sử phát triển của con bạn.<br>出生体重 Cân nặng khi sinh ( ) g<br>分娩時に異常がありましたか<br>Có bất kỳ sự bất thường nào tại thời điểm sinh nở ?<br>( )<br>出生後に異常がありましたか<br>Có bất thường sau khi sinh (?)<br>( )<br>乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか<br>Bạn đã bao giờ được thông báo rằng có gì đó không ổn trong việc kiểm tra sức khỏe của em bé?<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | なかった<br>Không<br>なかった<br>Không<br>な い<br>không | あった<br>Có<br>あった<br>Có<br>あ る<br>có |                              |

|    |                                                                                                                                                                                                                                              |              |              |  |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--|
| 5  | 今日、体に具合の悪いところがありますか<br>Hôm nay bạn có cảm thấy con bạn có gì không ổn không?<br>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<br>không | は い<br>có    |  |
| 6  | 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか<br>con bạn có bị ốm trong tháng vừa qua không?<br>病名Tên bệnh ( )<br>(月 tháng 日 ngày đến～ 月 tháng 日 頃 ngày)                                                                                                              | いいえ<br>không | は い<br>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<br>trong vòng một tháng gần đây gia đình và người chơi có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị, v.v ... không?<br>病名 Tên bệnh ( 月 tháng 日 頃 ngày )                                           | いいえ<br>không | は い<br>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<br>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?<br>病名 Tên bệnh ( ) | いいえ<br>không | は い<br>có    |  |
|    | (「はい」の人のみ)<br>(giành cho những người trả lời là có)<br>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<br>đối với bệnh đấy bác sĩ có bảo hôm nay tiêm phòng là không có vấn đề gì không                                                                    | は い<br>có    | いいえ<br>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?<br>(bao nhiêu 歳 Tuổi か月 頃 tháng)                                                                                                                                                  | いいえ<br>không | は い<br>có    |  |
|    | (「はい」の人のみ) (giành cho những người trả lời là có)<br>そのとき熱が出ましたか lúc đó có bị sốt không                                                                                                                                                       | いいえ<br>không | は い<br>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<br>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, ?<br>薬品名 Tên thuốc ( )<br>食品名 Tên thực phẩm ( )                                 | いいえ<br>Không | は い<br>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<br>Có người thân được chẩn đoán bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh?                                                                                                                                                    | いいえ<br>không | は い<br>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<br>con bạn đã bao giờ bị ốm sau khi được tiêm phòng?<br>予防接種の種類 Loại tiêm chủng ( )<br>症状 triệu chứng ( )                                                                                                      | いいえ<br>không | は い<br>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<br>Có ai trong số những người thân của bạn bị ốm sau khi được tiêm phòng không?<br>予防接種の種類 Loại tiêm chủng ( )                                                                                                    | いいえ<br>không | は い<br>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?<br>( )                                                                                                                                                                        | いいえ<br>không | は い<br>có    |  |

|                                       |                                                                                                                               |                      |        |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|
| 医cột<br>師nhập<br>記của<br>入bác<br>欄 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。<br><br>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<br>で接種した理由 | 見合わせ理由 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|

医師の診察・説明を受け（ウシ成分の使用に関する説明を含む）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, (Bao gồm các hướng dẫn về việc sử dụng các thành phần của bò) 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.

保護者自署      Chữ ký của người giám hộ

(姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (Họ tên/ Nếu không phải là người giám hộ thì ghi họ tên và mối quan hệ) \_\_\_\_\_

|                       |                |       |                                    |                              |
|-----------------------|----------------|-------|------------------------------------|------------------------------|
| ワクチンロット番号             | 注射の種類別         | 接種量   | 実施場所・接種医師名・接種年月日                   | 予 診 年 月 日                    |
| Lot No.      ロットシール貼付 | 皮下 筋肉<br>注射・注射 | 0.5ml | 実 施 場 所<br>接種医師名<br>接種年月日 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日<br><br>＊見合わせの場合のみ記入 |

(注)有効期限が切れていないか要確認