

## B型肝炎予防接種予診票

### Hepatitis B

### Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

対象年齢：0 か月～1 歳未満(標準的な接種期間は 2 カ月～)

Angkop na idad : Mula 0 buwang gulang hanggang 1taong gulang pababa

(Ang pagpapa bakuna ay isinasagawa sa loob lamang ng 2 Buwan)

住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai		診察前体温 Temperatura bago ang diyagnosin 度Grado 分Sec.	
	TEL - -		接種回数 Bilang ng bakuna ( )回目Beses	
ふりがな Wikang Hapon	受ける人の氏名 Pangalan ng babakunahan	男 Lalaki 女 Babae	生年月日 Araw ng kapangana kan	1か月以内に受けた他の予防接種 Bakuna natanggap sa loob ng 1 buwan 年Taon 月Buwan 日Araw (種類 Bakuna ) 年Taon 月Buwan 日Araw (種類 Bakuna )
保護者の氏名 Pangalan ng magulang o tagapag-alaga			年Taon 月Buwan 日生Araw (満Edad 歳Taon か月Buwan )	B型肝炎の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 Para sa susunod na ika 2 beses na pagpapabakuna, isulat ang petsa kung kailan nagpapabakuna 1回目 1 beses 年Taon 月Buwan 日Araw 2回目 2 beses 年Taon 月Buwan 日Araw

\*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 Katanungan para sa pagpapabakuna		回 答 欄 Kasagutan		医師記欄 Punan ng doctor
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受けたことがありますか (「はい」と回答した場合、定期接種は受けられません) Ang prevention ng transmisyon ng Hepatitis B mula sa ina,matapos makapanganak nakapagpapabakuna ba ang sanggol ng bakuna Hepatitis B? (「Opo」na sagot,hindi pa nakapag pabakuna ng regular)	いいえ Hindi	はい Opo	
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 Nabasa at naintindihan nyo po ba ang tungkol sa 「Pagbabakuna at kalusugan ng bata」	はい Opo	いいえ Hindi	
3	お子さんの発育歴についておたずねしますMga katanungan tungkol sa bata 出生体重Timbang noong ipinanganak ( ) g 分娩時に異常がありましたか Mayroon ba siyang kapansanana ng ipinanganak? ( ) 出生後に異常がありましたか Mayroon ba siyang kapansanan matapos maipanganak? ( ) 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Sinabi ba na may kapansanan siya nung pagsusuri sa madikal para sa mga sanggol? ( )	なかった Wala なかった Wala ない Wala	あった Mayroon あった Mayroon ある Mayroon	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか May sakit ba ang bata ngayon? 具体的な症状を書いてください Anung uring sakit?( )	いいえ Wala	はい Mayroon	
5	最近1か月以内に病気にかかりましたかNagkaroon ba siya ng sakit sa loob ng isang buwan? 病名Pangalan ng sakit ( ) ( 月Buwan 日頃Araw～ 月Buwan 日頃Araw)	いいえ Wala	はい Mayroon	
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 Sa loob ng isang buwan,may nagkaroon ba sa pamilya o kakilala ng sakit tulad ng Tigdas,Rubella,Chicken Pox,Mumps,at iba pa? 病名 (Pangalan ng sakit 月Buwan 日頃Araw)	いいえ Wala	はい Mayroon	
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 Sa ikalawang beses o higit pa na pagbabakuna ng Hepatitis B o sa loob ng isang buwan kung nakapagpa bakuna pa ng iba pang klasen ng bakuna, angkop ba pagitan na araw ng pagpapabakuna?	はい Opo	いいえ Hindi	

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 Nagkaroon ba ang bata ng congenital anomaly,sakit sa puso,bato,atay, central nerve disease,immune deficiency at iba pang sakit para tumanggap ng pagsusuri ng doctor? 病名 Pangalan ng sakit ( )	いいえ Hindi	はい Opo
	(「はい」の人のみ)(「Opo」 lamang na sagot) 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 Pumapayag ba ang doctor na sumusuri na mabakunahan ang bata ngayon?	はい Opo	いいえ Hindi
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Nagkaroon ba ang bata ng pangingsay? (kombulsiyon) ( 歳Edad か月Buwan )	いいえ Hindi	はい Opo
	(「はい」の人のみ)(「Opo」 Lamang na sagot) そのとき熱が出ましたか May lagnat ba ang bata noong sinumpong?	いいえ Wala	はい Mayroon
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 Nagkaroon ba siya ng singaw o allergy,at naging masama ang pakiramdam dahil sa gamot o pagkain? 薬品名 Pangalan ng gamot ( ) 食品名 Pangalan ng pagkain ( )	いいえ Hindi	はい Opo
11	ラテックス過敏症ですか(表下欄外をお読みください) May Latex Hypersensitivity ba ang bata (Basahin sa ibaba ang patungkol dito)	いいえ Wala	はい Mayroon
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 May congenital immune deficiency ba sa pamilya o kamag anak ng bata?	いいえ Wala	はい Mayroon
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 Nagkakaron ba ng masamang kondisyon sa tuwinang magpapabakuna? 予防接種の種類Uri ng bakuna ( ) 症状 Sintomas ( )	いいえ Hindi	はい Opo
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 Mayroon ba sa pamilya o kamag anak na naging masama ang kondisyon dahil sa bakuna? 予防接種の種類 Uri ng bakuna ( )	いいえ Wala	はい Mayroon
15	今日の予防接種について質問がありますかMay tanong ba kayo sa pagpabakuna ngayon? ( )	いいえ Wala	はい Mayroon
医師記入欄 Punan ng doktor 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) Sa pagsusuri at pag-papaliwanag ng doctor,naiintindihan ko ang layunin at epektibo ng pag-papabakuna,at ang seryosong side effect nito. Sa pag-tanggap ng bakuna (sumasang-ayon・Hindi sumasang-ayon) 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。 Ang palatanungan na ito ay nalalayon na patibayin ang kaligtasan ng pagbabakuna,Naintindihan ko ito at sumasang- ayon ako sapag pasa ng dokumentong ito sa munisipyo. 保護者署名 Pirma ng magulang o tagapag -alaga _____ (自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (Pirma、Pangalan/ Pirma /Maliban sa magulang、Relasyon)			
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) 0.25ml	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、アボカド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

Latex Hypersensitivity,ito ay reaksyong allergy sa mga natural na produktong gawa sa goma,matatagpuan ang prutina ng Latex sa ibang uri ng prutas gaya ng ( saging,chestnut,kiwi,abocado,melon at iba pa) Maaaring kumunsulta muna kung may ganitong allergy.