

(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。)

(Gumamit ng di nabuburang bolpen, punan ng sagot na madaling basahin)

# 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)

## BCG Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

Angkop na edad : 1taong gulang pababa

(Ang pagpapa bakuna ay isinasagawa sa loob lamang ng mula 5 buwang gulang hanggang 8 buwan pababa)

住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai	診察前体温 Temperatura bago ang diyagnosin: 度Grado 分Sec.		
		直近1か月に受けた予防接種 Bakuna natanggap sa loob ng 1buwan 年Taon 月Buwan 日Araw (種類Uri ng bakuna ) 年Taon 月Buwan 日Araw (種類Uri ng bakuna ) 年Taon 月Buwan 日Araw (種類Uri ng bakuna )		
フリガナ Wikang Hapon		男 Lalaki 女 Babae	生年 月日 Araw ng kapanga nakan	年 月 日生 Taon Buwan Araw (満Edad か月 Buwan)
受ける人の氏名 Pangalan ng bata				
保護者の氏名 Pangalan mg magulang o tagapag-alaga				*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		医師記入欄 Punan ng doktor
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 Nabasa at naintindihan nyo po ba ang tungkol sa 「Pagbabakuna at kalusugan ng bata」	はい Opo	いいえ Hindi	
2	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	
3	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	
4	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Araw~ 月Buwan 日頃Araw	いいえ Wala	はい Mayroon	
5	皮膚病にかかっていますかMayroon kabang sakit sa balat o allergy? 病名Pangalan ng sakit ( )	いいえ Wala	はい Mayroon	
6	今、副腎皮質ホルモン剤を使用していますか Gumagamit kaba ng corticosteroids o steroid hormones? 病名Pangalan ng sakit ( ) 薬品名Pangalan ng gamot ( ) 薬の種類 (のみ薬・ぬり薬・貼り薬・注射) Uri ng gamot (iniinom・ipinapahid・patch・iniiniksyon ) ぬり薬の場合、ぬった場所Kung ipinapahid na gamot, saan banda ito ipinapahid ( )	いいえ Hindi	はい Opo	
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 Mula ng ipinanganak ang bata mayroon ba sa pamilya o sa kapiligiran na naagkasakit ng Tuberculosis?	いいえ Wala	はい Mayroon	
8	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった人がいましたか 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	

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 Kung nakapag pagpabakuna sa loob ng 1 buwan, Sapa tba ang pagitan ng pagpabakuna?	はい Opo	いいえ Hindi	
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 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よ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	
11	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)? (Edad 月頃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	
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 Nagkakaroon ba ng masamang kondisyon sa tuwinang magpabakuna? 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BCG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 matapos mabakunhana ng BCG ay nagging masama ang kondisyon? 誰がSino ( ) 症状Sintomas ( )	いいえ Wala	はい Mayroon	
15	今日のBCG接種について質問がありますかMay tanong ba kayo sa Pagbabakuna ng BCG? ( )	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) この予防票は、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、本予防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 BCG ワクチン 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	(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	