

二種混合(ジフテリア・破傷風) 予防接種予診票

DT Vaccine (Diphtheria・Tetanus) Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

対象年齢：11歳～13歳未満

Angkop na Edad：11 taong gulang hanggang ~13taong gulang pababa

		診察前体温： 度Grado 分Sec. Temperatura bago ang pagsusuri c	
住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai		1か月以内に受けた他の予防接種 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)
ふりがな Wikang Hapon		男 Lalaki	生年月日 Araw ng kapanganakan
受ける人の氏名 Pangalan ng bata		女 Babae	年 月 日生 Taon Buwan Araw (満 歳 月) Edad Taon Buwan
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 Sinabi ba na may kapansanan siya nung pagsusuri sa madikal para sa mga sanggol ()	なかった Wala	あった Mayroon	
3	今までに、二種又は三種混合予防接種を受けたことがありますか Hanggang sa pankasalukuya,nakapagpabakuna baa ng bata ng DT o DPT ?	はい Opo	いいえ Hindi	
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,Chiken Pox,Mumps,at iba pa? 病名Pangalan ng sakit (月Buwan 日頃Araw)	いいえ Wala	はい Mayroon	
7	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 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	
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	
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 ()	ない Hindi	ある Opo	
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 May congenital immune deficiency ba sa pamilya o kamag anak ng bata?	ない Wala	ある Mayroon	
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 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	
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 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 ()	ない Wala	ある Mayroon	
14	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? ()	ない Wala	ある 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i
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 angseryosong 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,maliban sa magulang at 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 Lot No.		(皮下接種) 0.1ml	実施場所 接種医師名 接種年月日	令和 年 月 日 *予診の場合のみ記入
(注)有効期限が切れていないか要確認			令和 年 月 日	