

(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。)

日本脳炎予防接種予診票

Japanese encephalitis Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

対象年齢：第1期…6か月～7歳6か月未満(標準的な接種期間は3歳～)
 第2期…9歳～13歳未満

平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの人…6か月～20歳未満
 平成19年4月2日～平成21年10月1日生まれの人…第1期未接種分を9歳～13歳未満で接種可能

Angkop na idad:

Unang stage perod…6 na buwang gulang ~ hanggang 7 taong gulang 6 na buwan pababa (ang pag hahanda ay isinasagawa as idad na 3 taong gulang)

Ikalawang stage perod…9 na taong gulang ~ hanggang 3 taong gulang pababa

• Taong 1995 Abril 2 ~ 2007 Abril 1 Kapanganakan…

mula 6 na buwan ~ hanggang 20 taong gulang pababa

• Taong 2007 Abril 2 ~ 2009 Oktubre 1 Kapanganakan…

Unang stage period ay mula 9 na taong gulang ~ hanggang 13 taong gulang pababa ay maaring mag pabakuna

診察前体温 Temperatura bago ang diyagnosis 度Grado 分Sec.
接種回数 Bilang ng bakuna ()回目 Beses
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)
(種類Uri ng bakuna)

住所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai		日本脳炎の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 Para sa susunod na pagpapabakuna sa Japanese encephalitis, isulat ang petsa kung kailan nagpabakuna 1回目(1 beses) 年Taon 月Buwan 日Araw 2回目(2 beses) 年Taon 月Buwan 日Araw 3回目(3 beses) 年Taon 月Buwan 日Araw	
ふりがな Wikang Hapon		男 Lalaki	生年 月日	年Taon 月Buwan 日生Araw
受ける人の氏名 Pangalan ng babakunahan		女 Babae	Arawng kapanganakan	(満Edad 歳Taon カ月Buwan)
保護者の氏名 Pangalan ng 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	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	

6	<p>日本脳炎の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</p> <p>Sa ikalawang beses o higit pa na pagpapabakuna ng (Japanese encephalitis) o sa loob ng isang buwan kung nakapagpa bakuna pa ng iba pang klasen ng bakuna, angkop ba pagitan na araw ng pagpapabakuna?</p> <p>2回目：1回目から7日目以降(標準としては28日目までの間) 2 beses : Sa tuwinang pagkalipas ng ika 7 Araw mula sa 1beses (sa pagitan ng ika 28 Araw) 3回目：2回目からおおむね1年 3 beses : Sa tuwinang pagkalipas ng ika 1 taon mula sa 2beses</p>	はい Opo	いいえ Hindi
7	<p>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</p> <p>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?</p> <p>病名 Pangalan ng sakit ()</p>	いいえ Hindi	はい Opo
	<p>(「はい」の人のみ)(「Opo」 lamang na sagot)</p> <p>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</p> <p>Pumapayag ba ang doctor na sumusuri na mabakunahan ang bata ngayon?</p>	はい Opo	いいえ Hindi
8	<p>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか</p> <p>Nagkaroon ba ang bata ng pangingsay? (kombulsiyon)</p> <p>(歳Edad か月頃Buwan)</p>	いいえ Hindi	はい Opo
	<p>(「はい」の人のみ 「Opo」 Lamang na sagot)</p> <p>そのとき熱が出ましたか May lagnat ba ang bata noong sinumpong?</p>	いいえ Wala	はい Mayroon
9	<p>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</p> <p>Nagkaroon ba siya ng singaw o allergy,at naging masama ang pakiramdam dahil sa gamot o pagkain?</p> <p>薬品名 Pangalan ng gamot ()</p> <p>食品名 Pangalan ng pagkain ()</p>	いいえ Hindi	はい Opo
10	<p>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</p> <p>May congenital immune deficiency ba sa pamilya o kamag anak ng bata?</p>	いいえ Wala	はい Mayroon
11	<p>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</p> <p>Nagkakaroon ba ng masamang kondisyon sa tuwinang magpapabakuna?</p> <p>予防接種の種類 Uri ng bakuna ()</p> <p>症状 Sintomas()</p>	いいえ Hindi	はい Opo
12	<p>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</p> <p>Mayroon ba sa pamilya o kamag anak na naging masama ang kondisyon dahil sa bakuna?</p> <p>予防接種の種類 Uri ng bakuna ()</p>	いいえ Wala	はい Mayroon
13	<p>今日の予防接種について質問がありますかMay tanong ba kayo sa pagpapabakuna ngayon?</p> <p>()</p>	いいえ Wala	はい Mayroon
<p>医師記入欄 Punan ng doktor</p> <p>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。</p> <p>医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)</p>		体温37.5℃以上で接種した理由	見合わせ理由
<p>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)</p> <p>Sumailalim ako sa pagsusuri at pagpapaliwanag ng doctor,at naintindihan ko ang bisa,layunin at posibleng side effect ng pagpapabakuna,at ang relief system para sa pagkaminsala ng kalusugan dahil sa pagpapabakuna. Sa pag-tanggap ng bakuna (Sumasang-ayon・Hindi sumasang-ayon)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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.</p> <p>保護者署名Pirma ng magulang o tagapag alaga</p> <p>(自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄)(Pirma、Pangalan/ Pirma /Maliban sa magulang、Relasyon)</p>			
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
<p>ワクチン名</p> <p>ロットシール貼付</p> <p>Lot No.</p> <p>(注)有効期限が切れていないか要確認</p>	<p>(皮下接種)</p> <p>ml</p>	<p>実施場所</p> <p>接種医師名</p> <p>接種年月日 令和 年 月 日</p>	<p>令和 年 月 日</p> <p>*見合わせの場合のみ記入</p>