

ポリオ予防接種予診票

Polio Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

対象年齢：3 か月～7 歳 6 か月未満

Angkop na idad：Mula 3 buwang gulang hanggang 7 taon 6 na buwan pabab

診察前体温 Temperatura bago ang diyagnosin 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) 年 Taon 月 Buwan 日 Araw (種類 Uri ng bakuna)	
ポリオの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 Para sa susunod na pagpapabakuna sa Polio, isulat ang petsa kung kailan nagpapabakuna 1 回目 beses 年 Taon 月 Buwan 日 Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo) 2 回目 beses 年 Taon 月 Buwan 日 Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo) 3 回目 beses 年 Taon 月 Buwan 日 Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo)	
生年月日 Araw ng kapanganakan	年 月 日生 Taon Buwan Araw (満 Edad 歳 Taon 月 Buwan)

住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai	
ふりがな Wikang Hapon		男 Lalaki 女 Babae
受ける人の氏名 Pangalan ng bata	TEL	- -
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	あった 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, Chiken Pox, Mumps, at iba pa? 病名 Pangalan ng sakit (月 Buwan 日頃 Araw)	いいえ Wala	はい Mayroon	
6	ポリオの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 Polio o sa loob ng isang buwan kung nakapagpa bakuna pa ng iba pang klasen ng bakuna, angkop ba pagitan na araw ng pagpapabakuna? (2・3回目：前回から21日目以降(標準としては21日までの間) 2・3Beses: Sa tuwinang pagkalipas ng ika 21 Araw (sa pagitan ng ika 21 Araw) 4 回目：前回から6か月以降(標準として12～18カ月の間) 4Beses: Sa tuwinang pagkalipas ang 6na Buwan (sa pagitan ng 12～18 Buwan)	はい Opo	いいえ Hindi	

7	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	
8	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	
9	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	
10	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	
11	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	
12	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	
13	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,naintindihan 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 L o t No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日		令和 年 月 日 *予診の場合のみ記入