

(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.)

ロタウイルス  
予防接種予診票

Rotavirus  
Kwestyonaryo  
sa  
pagpapabakuna

**種類 (対象年齢)** いずれかの種類で接種を受ける Uri (Angkop na edad) Maaaring magpapabakuna sa alinman  
◆種類については予約時に確認をしてください。  
(標準的な接種期間はいずれも生後2か月～)  
Kumpirmahin ang uri ng bakuna kapag kumuha ng reserbasyon. (Ang pamantayan na panahon ng pagpapabakuna ay 2 Buwan matapos ang kaapanganakan.)

**2回接種** ロタリックス (生後6週0日～24週0日)  
Ika 2 Beses Bakuna Rotarix (Mula maipanganak 6 na Linggo sa ika 0 Araw ~ hangang ika 24 na Linggo)

**3回接種** ロタテック (出生6週0日～32週0日)  
Ika 3 Beses Bakuna Rotarix (Mula maipanganak 6 na Linggo sa ika 0 Araw ~ hangang ika 32 na Linggo)

診察前体温 Temperatura bago ang diyagnosin  
度 Grado 分 Sec.

種類に○印を記入 Bilugan ang alinman  
**ロタリックス Rotarix・ロタテック Rotateq**  
接種回数 Pang ilang bese na bakuna  
( ) 回目 Beses  
同じ種類で接種を完了すること  
Ang parehong uri ng bakuna ay nakumpleto.

ロタウイルスの2回目以降の場合、接種日を記入  
Sa ika 2 beses o higit pa na pagpapabakuna, isulat ang petsa kung kailan nagpapabakuna.  
ロタリックス1回目 Rotarix 1beses  
年 Taon 月 Buwan 日 Araw.

住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai		TEL — —		ロタテック1回目 Rotateq 1beses 年 Taon 月 Buwan 日 Araw ロタテック2回目 Rotateq 2beses 年 Taon 月 Buwan 日 Araw
	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	年 Taon 月 Buwan 日 生 Araw	
受ける人の氏名 Pangalan ng bata		女 Babae	Araw ng kapang anakan	(満 Edad 週 Linggo 日 Araw)	
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 sanggo ( )	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などに麻しん、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	ロタウイルスの1回目接種の場合、出生14週6日以内ですか (超えている場合は、そのリスクの説明を受けてください) Rotavirus, kung as ika 1 beses na bakuna, mula maipanganak as loob ng 14 Linggo 6 na Araw (kung lumagpas, nararapat na tumanggap ng paliwanag as maaaring maging peligro)	はい Opo	いいえ Hindi	

7	<p>ロタウイルスの2回目以降の接種を受ける場合、前回の接種から27日以上あいていますか</p> <p>Rotavirus, kung as ika 2 beses na bakuna at sa susunod pa ,sa tuwing magpapabakuna mula ika 27 Araw o higit pa ang pagitan</p>	はい Opo	いいえ Hindi	
8	<p>これまで腸重積症になったことや、治療の完了していない先天性消化管障がいがありますか（「はい」と回答した場合、定期接種は受けられません）</p> <p>Hangang sa kasalukuyan may sintomas ba ng intussusception o intestinal obstruction,nagkaroon ba ng congenital gastrointestinal disorder na hindi nagamot? (Kung 「Opo」、hindi makatatanggap ng regular na bakuna)</p>	いいえ Hindi	はい Opo	
9	<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> <p>(「はい」の人のみ) (「Opo」 Lamang na sagot)</p>	いいえ Hindi	はい Opo	
	<p>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</p> <p>Pumapayag ba ang doctor na sumusuri na mabakunahan ang bata ngayon?</p>	はい Opo	いいえ Hindi	
10	<p>ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ( 歳 か月頃)</p> <p>Nagkaroon ba ang bata ng pangingsay?(kombulsiyon)( Edad Buwan )</p> <p>(「はい」の人のみ 「Opo」 Lamang na sagot)</p>	いいえ Hindi	はい Opo	
	<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	
11	<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 alergy,at naging masama ang pakiramdam dahil sa gamot o pagkain?</p> <p>薬品名 Pangalan ng gamut ( )</p> <p>食品名 Pangalan ng pagkain ( )</p>	いいえ Hindi	はい Opo	
12	<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	
13	<p>肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか</p> <p>Pneumonia,otitis media o infection sa gitna ng tenga, malimit na pagtatae,pagkakaroon ng hindi ka-ayayang pag taas ng timbang</p>	いいえ Hindi	はい Opo	
14	<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	
15	<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 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	
16	<p>今日の予防接種について質問がありますか</p> <p>May tanong ba kayo sa pagpabakuna ngayon? ( )</p>	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。

体温37.5℃以上で接種した理由

見合わせ理由

医師署名 (自署、姓名) 又は記名押印 (ゴム印+朱肉印)

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（特に腸重積症）、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)**

Sumailalim ako sa pagsusuri at pagpapaliwanag ng doctor,at naintindihan ko ang bisa,layunin at posibleng side effect (lalo na ang intussusception ) ng pagpapabakuna,at ang relief system para sa pagkapinsala ng kalusugan dahil sa pagpapabakuna. 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 Lot No. <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">ロットシール貼付</span> (注)有効期限が切れていないか要確認	(経口接種) ロタリックス 1.5ml ロタテック 2ml 該当の種類に○をつけてください	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