

(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。)

水痘予防接種予診票

Varicella (Bulutong tubig) Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

対象年齢：1歳～3歳未満

Angkop na idad：1st Stage: 1taong～3taong pababa

		診察前体温 Temperatura bago ang diyagnosin : 度Grado 分Sec	
住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai		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)
	TEL - -		水痘の2回目の場合、1回目接種日を記入 Para sa pangalawang pagbabakuna ng Varicella, isulat ang petsa ng unang pagbabakuna H・R 年Taon 月Buwan 日Araw
ふりがな Wikang Hapon		男 Lalaki	生年 月日 Araw ng kapanga nakan
受ける人の氏名 Pangalan ng bata		女 Babae	年Taon 月Buwan 日生Araw (満Edad 歳Taon 月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	今までに水痘にかかったことがありますか（「はい」と回答した場合、定期接種は受けられません） Hanggang sa kasalukuyan nagkaroon ba ang bata ng (chikepox) bulutong tubig? [kung 「Opo」 ang sagot,hindi maaaring tumanggap ng bakuna ang bata.]	いいえ Hindi	はい Opo	
3	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	
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～ 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,Chicken Pox,Mumps,at iba pa? 病名 Pangalan ng sakit(月Buwan 日頃Araw)	いいえ Wala	はい Mayroon	
7	水痘の2回目の接種や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 Varicella o 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 ()	いいえ Hindi	はい 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?	いいえ Wala	はい 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 Nagkakaroon 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 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	
14	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか Kung sa loob ng 6 na buwan at nasalinan ng dugo o nakatanggap ng gamma globin injection ? 輸血・ガンマグロブリン注射 Pagbubuhos・Gamma globulin injection (月 Buwan 日頃 Araw)	いいえ Hindi	はい Opo	
15	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
<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>Sa pagsusuri at pag-papaliwanag ng doctor,naiintindihan ko ang layunin at epektibo ng pag-papabakuna,at ang seryosong side effect nito.</p> <p>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)</p> <p>(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
ワクチン名 ロットシール貼付		(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 *見合わせの場合のみ記入
Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認			接種年月日 令和 年 月 日	

ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、水痘などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

Ang Gamma Globulin ay isang uri ng blood preparation na iniiniksyon para pigilin ang impeksiyong Hepatitis A at gamutin ang mga malulubhang impeksiyon. Kung tumanggap nito sa loob ng nakalipas na 3 hanggang 6 buwan, maaaring hindi magkaroon ng sapat na epekto ang pagbabakuna para sa Varicella atbp.