

五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)予防接種予診票
(DPT-IPV-Hib) Pentavalento Vaccine
(Diphtheria・Pertussis・Tetanus・Polio・Hib)
Mga katanungan alinsunod para sa pagpapabakuna
対象年齢：2 か月～7 歳 6 か月未満
Angkop na idad：Mula 2 buwang gulang hanggang 7 taon 6 na buwan pababa

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)	
五種混合の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 Para sa susunod na pagpapabakuna sa DPT-IPV-Hib , isulat ang petsa kung kailan nagpapabakuna 1 回目 beses 年Taon 月Buwan 日Araw 2 回目 beses 年Taon 月Buwan 日Araw 3 回目 beses 年Taon 月Buwan 日Araw	
住 所 Tirahan	春日井市 Lunsod ng Kasugai TEL — —
ふりがな Wikang Hapon	男 Lalaki
受ける人の氏名 Pangalan ng bata	女 Babae
生年月日 Araw ng kapanganakan	年 月 日生 Taon Buwan 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	今までに下記のワクチンのいずれかの接種を受けたことがありますか Nakatanggap ka na ba ng alinman sa mga sumusunod na pagbabakuna? (「はい」の人のみ) ※該当するワクチン名に○印をつけてください。 「Opo」 Lamang na sagot ※Pakibilogan ang naaangkop na pangalan ng bakuna. 三種混合、四種混合ワクチン接種日 Triple vaccine, Quadruple vaccine Vaccination dates 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 4 回目 4 Beses: 年Taon 月Buwan 日Araw ポリオ単独、ヒブ単独ワクチン接種日 Polio-only, Hib-only vaccination date 1 回目 1 Beses: 年Taon 月Buwan 日Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo) 2 回目 2 Beses: 年Taon 月Buwan 日Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo) 3 回目 3 Beses: 年Taon 月Buwan 日Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo) 4 回目 4 Beses: 年Taon 月Buwan 日Araw (生 Aktibo・不活化 Di aktibo)	いいえ Hindi	は い Opo	
3	五種混合の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 DTP-IPV-Hib 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56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18か月までの間) 4Beses:Sa tuwinang pagkalipas ang 6na Buwan (bilang pamantayan hanggang 18 na buwan)	は い Opo	いいえ Hindi	
4	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	
		なかった Wala	あった Mayroon	
		な い Wala	あ る Mayroon	

5	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	
6	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 Hindi	はい Opo	
7	1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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	
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 (歳 か月頃) Nagkaroon ba ang bata ng pangingisay? (kombulsiyon) (Edad 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 gamut () 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 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 ()	いいえ Wala	はい 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? ()	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(ウシ成分の使用に関する説明を含む)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 (kalakip ang paliwanag patungkol sa sangkap ng bovine ingredients) ng doctor, naiintindihan 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. 保護者自署 Pirma ng magulang o tagapag alaga (姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (Pangalan / Kung maliban sa magulang, pangalan, relasyon)				
使用ワクチン名		注射の種類	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
Lot No. ロットシール貼付 (注)有効期限が切れていないか要確認		皮下注射・筋肉注射	0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日
予診年月日 令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入				