

インフルエンザ予防接種予診票

Kwestyonaryo sa pagpapabakuna

(Influenza) Bakuna para sa Trangkaso

(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.)

- ・65 歳以上の人
- ・60 歳から 64 歳までで心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいのある人

対象者	支払区分	予診年月日(未接種者のみ記入)	整理番号	No.
65 歳以上	60~64 歳	減免 予診	令和 年 月 日	

住所 Tirahan	春日井市 KasugaiCity				TEL	-	-
ふりがな Wikang Hapon		性別 男 女 Lalaki Babae	生年月日 Araw ng kapanganakan	年 Taon	月 buwan	日 araw	満歳 Edad Taon
受ける人の氏名 Pangalan ng tatanggap ng bakuna			診察前の体温Temperatura bago ang diyagnosin 度Grado 分Sec.				

*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に確認済と分かるように記載してください。

質問事項 Katanungan para sa Pagpapabakuna	回答欄 Kasagutan		医師記入欄 Punan ng doktor
1 今年度、定期のインフルエンザ予防接種は初めてですか 「いいえ」の場合は定期接種とならず、全額自己負担となります Ngayong taon, ito ba ang unang pagbabakuna para sa bakuna trangkaso? Kung "Hindi". Kinakailangan mong magbayad ng buong bayarin.	はい Opo	いいえ Hindi	
2 「インフルエンザと予防接種」のチラシを読んで、今日の予防接種の効果や副反応についてよく理解していますか Basahin ang flyer na "Flu and Vaccinations" nauunawaan moba ang mga epekto at mga reaksiyon ng mga bakuna ngayon?	はい Opo	いいえ Hindi	
3 現在、何か病気にかかっていますか Sa kasalukuyan, may karamdaman o sakit po ba kayo? 「はい」の人のみ「 Opo 」 Lamang na sagot 病名を書いてください Isulat ang pangalan ng sakit () 治療(投薬など)を受けていますか Nilalapatan ba ng lunas (ginagamot at iba pa)? 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言われましたか Sumasang-ayon ba ang doctor sa sumusuri ng inyong karamdaman na magpabakuna ngayon?	いいえ Wala	はい Mayroon	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか Sa ngayon,masama ba ang inyong pakiramdam o may masakit sa inyong katawan? 具体的な症状を書いてください Isulat ang inyong karamdaman o sakit ()	いいえ Wala	はい Mayroon	
5 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名を書いてください() Nagka lagnat kaba ngayong Buwan na ito? Mangyaring isulat ang pangalan ng sakit ()	いいえ Hindi	はい Opo	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか Ngayong Buwan na ito tumanggap ba kayo ng bakuna? 予防接種名 Pangalan ng bakuna () 月 日) 日付Petsa ng pagbabakuna (Buwan Araw)	いいえ Hindi	はい Opo	
7 ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか Allergic ka ba sa manok, itlog, atbp.	いいえ Wala	はい Mayroon	

8	今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか Hanggang sa kasalukuyan nabakunahan ka na ba laban sa trangkaso?	いいえ Hindi	はい Opo
	「はい」の人のみ「Opo」 Lamang na sagot その時に具合が悪くなったことがありますか Sumama ba ang iyong pakiramdam ng mabakunahan? 症状Mga Sintomas ()	いいえ Hindi	はい Opo
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか Maliban sa bakuna para sa trangkaso sumama ba ang iyong pakiramdam ng mabakunahan ng iba pang klase ng bakuna?	いいえ Hindi	はい Opo
10	今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか Hanggang sa kasalukuyan nagkaroon ka ba ng sakit sa puso, bato, atay, dugo, atbp.	いいえ Hindi	はい Opo
	「はい」の人のみ「Opo」 Lamang na sagot 病名を書いてください() Isulat ang pangalan ng sakit() 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 Sumasang-ayon ba ang doctor sa sumusuri ng inyong karamdaman na magpabakuna ngayon?	いいえ Hindi	はい Opo
11	今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか Hanggang as kasalukuyan nakaranas ka ba na magka-kombulsyon ?	いいえ Hindi	はい Opo
12	今までに免疫不全と診断されたことがありますか Nasuri ka na ba na may immune deficiency ?	いいえ Hindi	はい Opo
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。本人に対して、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
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名	接種年月日
Lot No. ロットシール貼付	0.5ml		令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察後に記入してください。)

Kahilingan sa pagbabakuna ng (Influenza) Bakuna para sa Trangkaso (Mangyaring punan matapos kumunsulta sa isang doktor)

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などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

Matapos kumonsulta at madinig ang paliwanag ng doctor, tungkol sa epekto at layunin ng pagpapabakuna, at ang posibilidad ng malubhang reaction nito sa kalusugan o katawan, nais mo bang tumanggap ng bakunag ito?
(Nais ko pong magpabakuna. ・ Hindi kopo nais magpabakuna.)

本予診票は、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、本予診票が春日井市に提出されることに同意します。また、本接種が定期接種に該当しない期間や回数であったことが判明した場合は、接種費用を全額自己負担することに同意します。

Ang pre-examinasyong form na ito, ay layunin upang matiyak ang kaligtasan ng pagbabakuna, sa pamamagitan ng pag-unawa dito, sumasang-ayon ako na ang form na ito ng medical na pagsusuri na isumite sa Lungsod ng Kasugay, at kung hindi pa nakatakda ang panahon ng pagbabakuna, ako ay sumasang-ayon na sagutin ang bounng bayaran ng pagbabakuna ayon sa bilang at panahon ng aking pagpapabakuna

被接種者署名 Pirma ng magpapabakuna

被接種者が自署できない場合は、代筆者が上記の被接種者署名の記入と、次の代筆者署名及び被接種者との続柄を記入してください。

Kung hindi makapagsulat nang pansarili, maaaring punan at lagdaan ng isang representante, sumunod ay ilagda ng representante ang kanyang pangalan relasyon o kauganayan at pangalan ng magpapabakuna

代筆者署名 Pirma ng representante

続柄 Relasyon sa nagpabakuna