

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

五联疫苗(白喉、百日咳、破伤风、小儿麻痹症、Hib) 预防接种问卷

対象年齢：2 か月～7 歳 6 か月未満

適用年齢：2 个月～7 岁 6 个月以下

診察前の体温 診断前之体温： 度 分	
接種回数 接種次数： ()回目 次	
1か月以内に受けた他の予防接種 1个月以内接受过其他的预防接种 年 月 日(種類 种类) 年 月 日(種類 种类)	
五種混合の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 如果是五联疫苗的第二次之后，请填写所有接种日期 1回目第1次： 年 月 日 2回目第2次： 年 月 日 3回目第3次： 年 月 日	
住 所 地 址 TEL 電話 - -	春日井市
ふりがな 平假名	男・女
受ける人の氏名 接種者姓名	生年 月日 出生 年月 年 月 日生 (満 満 歳 岁 か月 个月)
保護者の氏名 家长姓名	*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 提 問 項 目		回 答 欄 回 答		医師記入欄 医生填写栏
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 关于今天的预防接种，是否已阅读、并理解了“预防接种和孩子的健康”的说明等？	は い 是	いいえ 否	
2	今までに下記ワクチンのいずれかの接種を受けたことがありますか 至今为止是否曾接种过以下任何一种疫苗？ (「はい」の人のみ) ※該当するワクチン名に○印を付けてください (仅适用回答“是”的人) ※请圈写对应的疫苗名称	いいえ 否	は い 是	
	三種混合、四種混合 ワクチン接種日 ポリオ単独、ヒブ単独 ワクチン接種日 三种混合、四种混合 疫苗接种日 小儿麻痹症单独特、Hib单独特 疫苗接种日 第1回 年 月 日 第1回 年 月 日(生・不活化) 第2回 年 月 日 第2回 年 月 日(生・不活化) 第3回 年 月 日 第3回 年 月 日(生・不活化) 第4回 年 月 日 第4回 年 月 日(生・不活化)			
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 五联疫苗的第二次之后的接种或是一个月内接受其他预防接种时，接种间隔是否合适？ 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) 第2、3次：自上1次接种经过21天之后(通常不超过56天) 4回目：前回から6か月以降(標準として18か月までの間) 第4次：自上次接种经过6个月以后(通常不超过18个月)	は い 是	いいえ 否	
4	お子さんの発育歴についておたずねします 询问有关婴儿发育的经历 出生体重()g克、 分娩時に異常がありましたか 分娩时是否有异常？ () 出生後に異常がありましたか 出生后是否有异常？ () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか 在婴儿的健康检查时、是否曾被告知有异常？ ()	なかつた 无 なかつた 无 な い 无	あつた 有 あつた 有 あ る 有	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか 今天、身体是否有不舒服？ 具体的な症状を書いてください 请填写具体的症状 ()	いいえ 否	は い 是	
6	最近1か月以内に病気にかかりましたか最近一个月内有生过病吗？ 病名() (月 日～ 月 日頃日左右)	いいえ 无	は い 有	

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 一个月内是否有家人和朋友得过麻疹、风疹、水痘、腮腺炎等疾病？ 病名() 月 日頃日左右)	いいえ 无	はい 有	
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 从出生到现在，是否有被医生诊断为患有先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症等其他疾病？ 病名()	いいえ 否	はい 是	
	(「はい」の人のみ)(仅适用回答“是”的人) 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 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？	はい 是	いいえ 否	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 是否曾发生过痉挛(抽搐)？ () 歳 歳 月頃个月左右)	いいえ 否	はい 是	
	(「はい」の人のみ)(仅适用回答“是”的人) そのとき熱が出ましたか 当時、是否有发热？	いいえ 否	はい 是	
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 是否有因药物及食品过敏而在皮肤上出现疹子或荨麻疹，或是身体不舒服的情况？ 薬品名 药物名() 食品名()	いいえ 否	はい 是	
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 在自己的近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人？	いいえ 否	はい 是	
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 至今为止预防接种时，身体是否有过不舒服？ 予防接種の種類 预防接种的种类() 症状()	いいえ 否	はい 是	
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 在自己的近亲中是否有预防接种后身体不舒服的人？ 予防接種の種類 预防接种的种类 ()	いいえ 否	はい 是	
14	今日の予防接種について質問がありますか 关于今天的预防接种是否还有疑问？ ()	いいえ 无	はい 有	
医師記入欄 医生填写栏 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 (姓名)自署又は記名押印(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) 在接受了医生的诊察与说明(包括关于牛成分使用的说明)后，我理解了疫苗接种的效果与目的、出现严重不良反应的可能性以及疫苗接种健康损害救济制度等内容，我(同意 / 不同意)接受疫苗接种。 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。保護者自署 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。 家长签名 本問卷の目的は、为了确保预防接种的安全性。 (姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) 在理解的基础上，同意向市政府提交本问卷。 (如非家长签名时，请记入其姓名、和其关系)				
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	予診年月日
Lot No. ロットシール貼付	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	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入
(注)有効期限が切れていないか要確認				