

## B型肝炎予防接種予診票

### 乙型肝炎(乙肝) 予防接種問卷

対象年齢：0 か月～1 歳未満(標準的な接種期間は 2 カ月～)

適用年齢：0 个月～1 岁以下(标准接种期为 2 个月～)

診察前体温 診断前体温：                      度                      分
接種回数： 接種回数： (                      ) 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 )

住 所 地 址 春日井市 TEL 电话                      -                      -	B型肝炎の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 如果是乙肝的第2次以后, 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	
ふりがな 平假名	男・女	生年月日 出生年月 (満 満 歳 岁 か月 个月)
受ける人の氏名 接種者 姓名		
保護者の氏名 家長姓名	*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 栏		医師記入欄 医生填写栏
1 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種をうけたことがありますか 为了预防母子感染, 出生后曾有接种过乙肝疫苗吗? (「はい」と回答した場合、定期接種は受けられません) (如回答“是”时, 就不能接受常规接种)	いいえ 否	はい 是	
2 今日の前接種について「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	
3 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? (                      )	なかった 无 なかった 无 ない 无	あった 有 あった 有 ある 有	
4 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	
5 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	
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 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	
7 B型肝炎の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 乙肝的第2次之后的接种或是一个月内接受过其他预防接种时, 接种间隔是否合适?	はい 是	いいえ 否	
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(                      ) (「はい」の人のみ)(仅适用回答“是”的人) その病気の主治医には、今日の前接種を受けても良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?	いいえ 否	はい 是	
	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 <b>是否曾发生过痉挛(抽搐)?</b> ( 歳 歳 か月頃 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 <b>当时、是否有发热?</b>	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 <b>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?</b> 薬品名 薬物名( ) 食品名( )	いいえ 否	はい 是	
11	ラテックス過敏症ですか(表下欄外をお読みください) <b>是乳胶过敏症吗?(请阅读此表下面栏外的说明)</b>	いいえ 否	はい 是	
12	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 <b>在自己的近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人?</b>	いいえ 否	はい 是	
13	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 <b>至今为止预防接种时, 身体是否有过不舒服?</b> 予防接種の種類 预防接种的种类( ) 症状( )	いいえ 否	はい 是	
14	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 <b>在自己的近亲中是否有预防接种后身体不舒服的人?</b> 予防接種の種類 预防接种的种类( )	いいえ 否	はい 是	
15	今日の予防接種について質問がありますか <b>关于今天的预防接种是否还有疑问?</b> ( )	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**(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)**

**接受了医生的检查和说明, 在理解预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性、预防接种健康受害救济制度等的基础上, (同意・不同意)接受接种**

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。

**本问卷的目的是为了确保预防接种的安全性。**

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。

**在理解的基础上, 同意向市政府提交本问卷。**

**保護者署名**

**家长签名**

(自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄)

(如非家长签名时、请填写其姓名、和其关系)

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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) <b>0.25ml</b>	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

ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋などを使用した際にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと似た構造のタンパク質を含む果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボカド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

**乳胶过敏症是指对天然橡胶制品的即时型过敏症。使用乳胶制的手套等时可疑的过敏性反应。**

另外, 如果与乳胶相似构造的对含有蛋白质的水果等(如香蕉、栗子、猕猴桃、牛油果、哈密瓜等)过敏时、请与我们联系、商谈。