

(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。)  
 (使用不可消去的圆珠笔, 并在粗框内用清晰的文字填写。)

# ヒブ(インフルエンザ菌 b 型) 予防接種予診票

## Hib (b 型流行性感冒嗜血杆菌) 预防接种问卷

対象年齢：2 か月～5 歳未満

適用年齢：2 个月～5 岁以下

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                      )	
ヒブの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 如果是Hib的第2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 春日井市  TEL 电话                      -                      -	生年月日 出生年月 年    月    日生 (満 満                      歳 岁                      か月 个月)
ふりがな 平假名 受ける人の氏名 接种者 姓名	男・女
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。

住所 春日井市  TEL 电话                      -                      -	生年月日 出生年月 年    月    日生 (満 満                      歳 岁                      か月 个月)
ふりがな 平假名 受ける人の氏名 接种者 姓名	男・女
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	回答欄	医師記入欄 医生填写栏
1 今日、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, 是否已阅读了、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 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
3 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
4 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
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか 一个月內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
6 ヒブの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 Hib的第2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?	はい 是	いいえ 否
7 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、今日の予防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

8	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	
9	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	
10	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	
11	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	
12	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	
13	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	
<b>医師記入欄 医生填写栏</b> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は <b>(実施できる・見合わせた方がよい)</b> 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。 <b>医師署名</b> (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 <b>( 同意します・同意しません )</b> <b>接受了医生的检查和说明(包含对牛成份的使用的说明)，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済制度等的基础上，(同意・不同意)接受接种</b> 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。 <b>保護者署名</b> <b>本问卷的目的是为了确保预防接种的安全性。 家长签名</b> 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。 (自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) <b>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)</b>				
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>0.5ml</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