

(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。)

小児用肺炎球菌予防接種予診票 儿童肺炎球菌预防接种问卷

対象年齢：2 か月～5 歳未満
 适用年齢：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)
小児用肺炎球菌の2回目以降の場合、接種日をすべて記入 如果是儿童肺炎球菌的第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 地 址 春日井市 TEL 电话 - -		
ふりがな 平假名 受ける人の氏名 儿童姓名 保護者の氏名 家长姓名	男・女	生年月日 出生年月 年 月 日 (満 満 歳 岁 か月 个月)

*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
提 問 項 目	回 答 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 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 あつた 有 あつた 有 あつた 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 小児用肺炎球菌の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 儿童肺炎球菌的第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 是否曾发生过痉挛(抽搐)? (歳岁 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 当时、是否有发热?	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 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 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 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	
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 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	
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 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	
13	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 (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。 保護者署名 本问卷的目的是为了确保预防接种的安全性。 家长签名 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) 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	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) 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