

【大阪市 外国人住民向け予診票（参考様式）】

大阪市予防接種委託医療機関の皆様

外国人住民の方が、この予診票を持参された場合は、次の点に留意のうえ、接種いただいても差し支えありません。

・接種前に、大阪市予防接種手帳等に編綴された大阪市指定の予診票を所持していることを必ずご確認ください。（所持していない場合は接種できません）

・接種後は、大阪市予防接種手帳等から該当する大阪市指定の予診票を必ず切り取り、本票とともに委託医療機関にて保管してください。また、大阪市指定の予診票の副票、母子健康手帳双方に接種記録を記載し、被接種者にお渡しください。

Paunang Palatanungan para sa Pagpapabakuna ng Hepatitis B

Temperatura sa katawan bago diyagnosin		Grado	
Tirahan			
Pangalan ng bata	Lalaki o Babae	Petsa ng kapanganakan	taon buwan araw
Pangalan ng magulang o tagapag-alaga		Kasalukuyang edad (taon buwan)	

	Mga katanungan bago magpabakuna	Sagot	Komentaryo ng doktor
1	Binasa ba ninyo ang manwal na ibinigay ng munisipyo tungkol sa pagpabakuna ngayon?	Oo Hindi	
2	Mga katanungan tungkol sa bata. Timbang noong ipinanganak Mayroon ba siyang kapansanan noong ipinanganak? () g Mayroon ba siyang kapansanan matapos maipanganak? Sinabi ba na may kapansanan siya noong nagpatingin sa doktor?	Mayroon Mayroon Mayroon	Wala Wala Wala
3	May sakit ba ang bata ngayon? Anong uri ng sakit? ()	Oo Hindi	
4	Nagkaroon ba siya ng sakit sa loob ng isang buwan? Pangalan ng sakit ()	Oo Hindi	
5	Sa loob ng isang buwan, may nagkaroon ba sa pamilya o kakilala niya ng sakit tulad ng Tigdas, Rubella, Chicken Pox, Mumps, at iba pa? Pangalan ng sakit ()	Oo Hindi	
6	Sa loob ng isang buwan, nabakunahan ba ang bata? Uri ng bakuna ()	Oo Hindi	
7	Nagkaroon ba ang bata ng congenital anomaly, sakit sa puso, bato, atay, central nerve disease, immune deficiency, at iba pang sakit, para tumanggap ng pagsusuri ng doctor? Pangalan ng sakit ()	Oo Hindi	
	Pumapayag ba ang doktor na sumuri na mabakunahan ang bata ngayon?	Oo Hindi	
8	Nagkaroon naba ang bata ng pangigisay (kombulsiyon)? Anong edad sya sinumpong? ()	Oo Hindi	
	May lagnat ba ang bata noong sinumpong?	Oo Hindi	
9	Nagkaroon ba siya ng singaw o allergy, at naging masama ang pakiramdam dahil sa gamot o pagkaing?	Oo Hindi	
10	May congenital immune deficiency ba sa pamilya o kamag-anak ng bata?	Oo Hindi	
11	Nagkaroon ba siya ng masamang kondisyon hanggang ngayon dahil sa bakuna? Uri ng bakuna ()	Mayroon Wala	
12	Mayroon ba sa pamilya o kamag-anak na naging masama ang kondisyon dahil sa bakuna?	Oo Hindi	
13	Ang bata ba, sa loob ng anim na buwan, ay Nasalinalan ba ng dugo o na-iniksiyunan ng Gamma Globulin?	Oo Hindi	
14	Tumanggap ba ang bata ng bakuna sa Hepatitis B bilang bakuna para sa pagpigil sa paglipat ng sakit sa pagitan ng ina at sanggol?	Oo Hindi	
15	May tanong ba kayo tungkol sa pagbabakuna ngayon?	Oo Hindi	
16	Komentaryo ng doktor Base sa mga sagot sa katanungan at resulta ng pagsusuri, nagdedesisyon ako na dapat (isagawa / ikansela) ang pagbabakuna. Naipaliwanag ko sa magulang o tagapag-alaga ang epekto at side effect ng pagbabakuna, at ang relief system para sa pagkapinsala ng kalusugan dahil sa pagbabakuna. Pirma o pangalan at selyo ng doktor:		
17	Sumailalim ako sa pagsusuri at pagpapaliwanag ng doktor, at naintindihan ko ang bisa, layunin at posibleng malubhang side effect ng pagbabakuna, at ang relief system para sa pagkapinsala ng kalusugan dahil sa pagbabakuna. Ako ay (sumasang-ayon / hindi sumasang-ayon) sa pagpapabakuna. *Bilugan ang isa sa loob ng panaklong. Ang palatanungan na ito ay naglalayon na patibayin ang kaligtasan ng pagbabakuna. Naintindihan ko ito at sumasang-ayon ako sa pagpapasa ng dokumentong ito sa munisipyo. Pirma ng magulang o tagapag-alaga:		

Uri ng bakuna	Dosage	Lugar ng pagsasagawa / Pangalan ng doktor / Petsa ng pagbabakuna
Uri ng bakuna Lot No. (Paunawa) Alamin kung hindi pa paso ang bakuna.	*(Subcutaneous injection) ml	Lugar na isinagawa: Pangalan ng doktor: Petsa ng pagbabakuna: taon buwan araw

B型肝炎予防接種予診票

診察前の体温		度		分	
住 所					
受ける人の氏名		男 女	生 年 月 日	平成・令和	年 月 日
保護者の氏名				(満 歳 カ月)	

	質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい いいえ	
2	あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい いいえ	
4	最近1か月以内に病気がかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
5	1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい いいえ	
6	1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
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 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよといわれましたか	はい いいえ	
8	ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	
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	はい いいえ	
10	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい いいえ	
11	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある ない	
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	はい いいえ	
13	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
14	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受けたことがありますか	はい いいえ	
15	今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	
16	医師記入欄 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。 医師署名又は記名押印		
17	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、接種することに (同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	※ (皮下注射) mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日
(注) 有効期限が切れていないかを確認		