

【大阪市 外国人住民向け予診票（参考様式）】

大阪市予防疫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、大阪市予防疫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、大阪市予防疫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下さい。

PHIẾU DỰ CHẨN TRƯỚC KHI TIÊM CHỦNG PHÒNG VI-RÚT ROTA

※Phụ huynh ghi vào các ô lớn		Ngày tiêm chủng	Ngày	tháng	năm
Địa chỉ		Nhiệt độ cơ thể trước khi khám			
		Số điện thoại	() - () - ()		
Họ tên người được tiêm	Nam / Nữ	Ngày sinh	(sinh sau tuần ngày)	tháng	năm
Họ tên phụ huynh		*sinh sau tuần ngày* chỉ hiện số ngày được tính từ ngày kể tiếp ngày sau ngày sinh			
Nếu là tiêm lần đầu thì xác nhận xem đã qua 14 tuần 6 ngày sau khi sinh chưa?					Cột điền dành cho cơ sở y tế (☑)

Nội dung câu hỏi	Cột trả lời			Cột điền dành cho bác sĩ
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	
1 Đây là lần tiêm chủng lần thứ mấy?	Lần 1	Lần 2	Lần 3	
2 Hãy ghi ngày tiêm chủng cho đến hôm nay. (Chỉ đối với trường hợp lần tiêm chủng này là lần tiêm chủng thứ 2 trở đi) ※Xác nhận việc đã qua trên 27 ngày, kể từ ngày tiêm chủng vi-rút Rota lần trước.	Lần 1	Ngày tháng năm		
3 Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng số thực hiện ngày hôm nay chưa?	Có	Không		
4 Đã hiểu về hiệu quả hay tác dụng phụ của lần tiêm chủng ngày hôm nay chưa?	Có	Không		
5 Đã nghe giải thích và hiểu về bệnh lồng ruột chưa?	Có	Không		
6 Hỏi về lịch sự phát triển của con bạn.				g
7 Trọng lượng trẻ lúc mới sinh				g
8 Có bất thường gì khi mới sinh không?	Có	Không		
9 Có bất thường gì sau khi sinh không?	Có	Không		
10 Đã từng được nói là có bất thường khi khám sức khỏe sơ sinh chưa?	Có	Không		
11 Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể. ()	Có	Không		
12 Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? Tên bệnh ()	Có	Không		
13 Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sốt, rubella, thủy đậu, quai bị không? Tên bệnh ()	Có	Không		
14 Cho đến đây có từng bị lồng ruột lần nào chưa? Hoặc trẻ có bị bệnh về đường tiêu hóa bẩm sinh mà vẫn chưa được chữa khỏi không? ※Trường hợp này thì không thể thực hiện tiêm chủng phòng vi-rút Rota	Có	Không		
15 Cho đến nay có từng bị chuẩn đoán là thiếu khả năng miễn dịch không? Hoặc trẻ có thường xuyên mắc các bệnh truyền nhiễm như viêm phổi, viêm tai giữa, v.v... hoặc tiêu chảy, bị khó tăng cân không? ※ Trường hợp này cũng có thể không được tiêm chủng phòng vi-rút Rota	Có	Không		
16 Ngoài ra, cho đến nay, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, tổn hại dạ dày, bệnh về tim mạch, thận, gan, mắt, thần kinh não hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh ()	Có	Không		
17 Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng không? Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? (khoảng ... tháng)	Có	Không		
18 Lúc đó có bị sốt không?	Có	Không		
19 Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nôn bần, mề đay gây khó chịu trong người chưa? Tên thuốc hoặc thức ăn ()	Có	Không		
20 Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng ()	Có	Không		
21 Người mẹ trong thai kỳ có uống thuốc hạn chế miễn dịch không? Tên thuốc ()	Có	Không		
22 Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không?	Có	Không		
23 Trong số người thân, có ai từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không?	Có	Không		
24 Cho đến nay có được truyền máu hay tiêm gamma globulin không?	Có	Không		
25 Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không?	Có	Không		

Cột điền dành cho bác sĩ	
25	Cần chú ý theo dõi sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tối thiểu định là (có thể tiêm/huấn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay. Ngoài ra, tối đa giải thích cho phụ huynh về hiệu quả, các phản ứng phụ của việc tiêm chủng (đặc biệt là bệnh lồng ruột), và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra.
Bác sĩ ký tên hoặc ghi tên đóng dấu	

26	Cột điền dành cho phụ huynh
Sau khi nhận chẩn đoán và hướng dẫn của bác sĩ, cũng như hiểu rõ hiệu quả, mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra phản ứng phụ nghiêm trọng (đặc biệt là bệnh lồng ruột), và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra, v.v... Tôi (đồng ý / không đồng ý) với việc tiêm chủng. ※ Hãy khoanh tròn vào một trong các nội dung trong ngoặc. Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo tính an toàn của việc tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương.	
Chữ ký của phụ huynh (tự ký)	

Tên vắc-xin sử dụng	Liều lượng tiêm		Nơi thực hiện tiêm/Tên bác sĩ/Thời gian tiêm	
	Qua đường uống		Tên bác sĩ	Thời gian tiêm
Tên vắc-xin Lot No. (Chú ý) Cần xác nhận xem vắc-xin có còn hạn sử dụng không	Rotarq® 2mL	Rotarix® 1.5mL	Tên bác sĩ	ngày tháng năm

ロタウイルス感染症予防接種予診票

※保護者の方は本枠内を記入してください。		接種年月日	令和 年 月 日
住所	(フリガナ)	診察前の体温	度 分
		電話番号	() - () - ()
受ける人の氏名	男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日 (出生 週 日後) <small>(出生日・満●日)とは出生日の翌日を1日として算出した日数をあらわします。</small>
保護者氏名		1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか?	

	質問事項	回答欄			医師記入欄
		1回目	2回目	3回目	
1	今回の接種は何回目ですか。	1回目	2回目	3回目	
2	これまでの接種年月日を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ) ※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認	1回目	年 月 日	年 月 日	
3	今日の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		
4	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ		
5	腸重積症について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ		
6	お子さんの発育歴についておたずねします。 出生時体重				g
7	分娩時に異常はありましたか。	あった	なかった		
8	出生後に異常はありましたか。	あった	なかった		
9	乳児健診で異常があると言われたことがありますか。	ある	ない		
10	今日体に具合の悪いところはありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ		
11	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ		
12	1ヶ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にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ		
13	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () 受け日 ()	はい	いいえ		
14	これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません。	はい	いいえ		
15	これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。	はい	いいえ		
16	その他、これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病状、その他の病状にかかり、医師の診察を受けていますか。病名 ()	はい	いいえ		
17	その病状を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいと言われましたか。 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(か月頃)	はい	いいえ		
18	その時に熱はありましたか。	はい	いいえ		
19	薬や食品で皮膚に発しん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。 薬・食品名 ()	はい	いいえ		
20	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せんか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ		
21	母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名 ()	はい	いいえ		
22	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		
23	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		
24	これまで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		
25	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ		

医師記入欄	
25	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 (特に腸重積症) 及び予防接種健康被害救済制度などについて説明しました。
医師署名又は記名押印	

保護者記入欄	
26	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 (特に腸重積症) 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ついて同意します。
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			
	経口接種		医師名	接種年月日	令和	年 月 日
ワクチン名 Lot No.	ロタテック® 2mL	ロタリックス® 1.5mL	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要確認