

【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下さい。

Palatanganan para sa Bakuna

* Para sa mga magulang o guardian, mangyaring sulatan ang bahaging may bold na mga titik.		Petsa ng bakuna	Reiwa	taon	buwan	araw
Address ng tintirahan	Postal code	Temperatura ng katawan bago ang check-up	°C			
		Telepono	()			
Pangalan ng babakunahan	(Furigana ng pangalan)	Lalaki / Babae	Reiwa	taon	buwan	araw
Pangalan ng magulang o guardian		Petsa ng Kaarawan	(Pagkapanganak: linggo araw) No. ng bilang ng araw ng bata mula ng sumunod na araw ng kanyang pagkapanganak.			
		Para sa pang-unang bakuna, sigurado ba kayo na hindi pa lumampas ng 14 na linggo at 6 na araw mula pagkapanganak?	Espasyo para sa input ng institusyon (if check)			

Mga katanungan	Sagot			Espasyo para sa input ng doktor
	Pang-una	Pangalawa	Pangatlo	
1 Pang-ilang beses na ang bakunang ito?	Pang-una	Taon	Buwan	Araw
2 Pakisulat ang petsa kung kailan huling nagbabakuna. (Para sa pangalawa o mahigit na bakuna lamang) * Pakisulat ang petsa kung kailan huling nagbabakuna. (Para sa pangalawa o mahigit na bakuna lamang)	Pang-una	Taon	Buwan	Araw
3 Ukol sa bakuna ngayong araw, nabasa mo na ba ang binigay na manual mula sa inyong municipality?	Pangalawa	Taon	Buwan	Araw
4 Nalintindihan mo ba ang mga epekto at reaksyon ng pagbabakuna ngayon?	Oo	Hindi		
5 Nalintindihan mo ba ang explanasyon ukol sa intussusception (pagkabuhol-buhol ng bituka)?	Oo	Hindi		
6 Mga tanong ukol sa kasaysayan sa pag-aalaga ng bata. timbang ng sanggol pagkapanganak				gramo
7 May abnormalidad ba noong kayo ay nagdadalang tao?	Mayroon	Wala		
8 May abnormalidad ba matapos pinanganak ang sanggol?	Mayroon	Wala		
9 May nagsabi ba noong kayo ay nagpacheck-up ng sanggol na may kakaiba sa kanya?	Mayroon	Wala		
10 May sakit ba ang sanggol ngayon? Mangyaring isulat at pakidelalye ng mga nararamdaman. ()	Oo	Hindi		
11 Nagkasakit ba ang bata sa loob ng nakaraang isang buwan? Pangalan ng sakit ()	Oo	Hindi		
12 Mayroon bang mga miyembro ng pamilya o kalaro na may mga karamdaman tulad ng tigdas, rubella, buktong, beke at iba pa sa loob ng isang buwan? Pangalan ng sakit ()	Oo	Hindi		
13 Nagbabakuna ba ang sanggol sa loob ng nakaraang isang buwan? Uri ng bakuna ()	Oo	Hindi		
14 Nagkaroon na ba ng intussusception (pagkabuhol-buhol ng bituka) ang sanggol? O di kaya mayroong isang congenital gastrointestinal disorder (uri ng sakit sa bituka mula pagkapanganak) na hindi pa nagagamot?	Oo	Hindi		
15 Na diagnose na ba ang sanggol na may sakit sa immunodeficiency? O mayroon pauit-ulit na mga impeksyon tulad ng pulmonya o otitis media (pamamaga ng loob ng tainga), pagtatae, o abnormal na paglaas ng limbang? * Ang pagbabakuna sa rotavirus vaccine ay may posibilidad na hindi pwede.	Oo	Hindi		
16 Mailban sa mga nangangailangan ng mga sakit, ang sanggol ba ay nagkaroon ng congenital na abnormalidad, sakit sa bituka, puso / bato / atay / dugo / ugat sa utak, at para sa iba pang sakit, kumonsulta sa doktor. Pangalan ng sakit ()	Oo	Hindi		
17 Sinabi ba sa iyo ng doktor na nagsagawa ng check-up sa sakit na maaari mong makuha ang pagbabakuna ngayon?	Oo	Hindi		
18 Nagkaroon na ba ng kumbulsyon ang bata? (Noong ika- buwan)	Oo	Hindi		
19 Mayroon bang lagnat ang bata sa panahong iyon?	Oo	Hindi		
20 Nagkaroon ka ba ng isang pantal o pamumula ng balat o sumakit ang katawan dahil sa mga gamot o pagkain? Pangalan ng gamot / pagkain ()	Oo	Hindi		
21 Nagkasakit na ba pagkatapos mabakunahan? Uri ng bakuna ()	Oo	Hindi		
22 Ang nanay ba ay nakatanggap ng gamot upang mapigilan ang immunity habang buntis? Pangalan ng gamot ()	Oo	Hindi		
23 May malapit na kamag-anak na nagkaroon ng congenital immunodeficiency?	Oo	Hindi		
24 May malapit na kamag-anak na sumama ang pakiramdam matapos mabakunahan?	Oo	Hindi		
25 May pagkakatona na bang nasa ilang ng dugo o di kaya ay na turukan ng gamma globulin?	Oo	Hindi		
26 Kayo ba ay may katanungan ukol sa bakuna?	Oo	Hindi		

Espasyo para sa input ng doktor	
Base sa resulta ng mga katanungan at medikal na eksaminasyon, ang bakuna ngayong araw ay (Pwede / Mabuting Ipagpaliban) bilang tugon. Ipinaliwanag namon sa mga magulang ang tungkol sa mga epekto ng pagbabakuna, masamang reaksyon (lalo na intussusception o pagkabuhol buhol ng bituka), at sistema ng pagbabawas ng pinsala sa kalusugan ng pagbabakuna.	
Pangalan ng doktor at kanyang pirma (hanko)	

Espasyo para sa input ng magulang o guardian	
Matapos ang eksaminasyon / paliwanag ng doktor ukol sa mga magiging epekto, layunin, makubhangposibilidad ng side effects (lalo na ang intussusception o pagkabuhol buhol ng bituka), at pag-unawa sa mga sistema ng pagbabawas ng pinsala sa kalusugan ng pagbabakuna, ako ay (Sumasang-ayon / Hindi sumasang-ayon)	
* Bilugan ang isa sa mga nasa parenthesis.	
Ang palatanganan na ito ay inilagan upang matiyak ang kaligtasan ng pagbabakuna. Sa pag-unawa nito, sumasang-ayon ako na ang form na ito ng medikal na pagsusuri ay isinunil sa mga munisipyo.	
Pirma ng magulang o guardian	

Uri ng bakuna	Dosage ng bakuna	Lugar kung saan isinagawa ang bakuna / Pangalan ng doktor / Petsa ng pagasagawa ng bakuna
Pangalan ng bakuna	Oral Vaccination	Lugar kung saan isinagawa ang bakuna
Lot. No.	Rotaseq® 2mL	Pangalan ng doktor
(Babala) Dapat suriin muna ang petsa ng expiry ng bakuna.	Rotamix® 1.5mL	Petsa ng bakuna Reiwa taon buwan araw

ロタウイルス感染症予防接種予診票

※接種者の方は支持内を記入してください。		接種年月日	令和 年 月 日
住所	〒	接種前の体温	度 分
		電話番号	() - ()
受ける人の氏名	(フリガナ)	男・女	令和 年 月 日
保護者氏名		生年月日	(出生 遷 日後)
		「出生」「遷移」とは出生日の初日を1日として算出した日数をあらわします。	

1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないかを確認しましたか？	医師確認記録 (印)
-------------------------------------	------------

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。				
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		
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 随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の人はいましたか。 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 () 受けた日 ()	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。	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。 *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		
16 その他、これまでに先天性異常、腎臓障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気のほか、医師の診察を受けていますか。病名 ()	はい	いいえ		
17 その病気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。	はい	いいえ		
18 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		
19 その時に熱はありましたか。	はい	いいえ		
20 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		
21 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		
22 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		
23 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		
24 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		
25 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		
26 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	
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	
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
ワクチン名	経口接種	実施場所
Lot No.	ロタテック®	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	2mL	接種年月日
	ロタリックス®	令和 年 月 日
	1.5mL	