

【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。

Phiếu dự chẩn trước khi tiêm chủng đối với bệnh viêm gan B

Địa chỉ		Nhiệt độ cơ thể trước khi khám			°C
Họ tên người được tiêm		Nam/ Nữ	Ngày sinh	/ / (ngày/tháng/năm) (tròn tuổi tháng)	
Họ tên phụ huynh					
Nội dung câu hỏi		Cột trả lời		Cột điền danh cho bác sĩ	
1	Bạn đã đọc bản hướng dẫn được phát từ địa phương về việc tiêm chủng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa?	Có	Không		
2	Hỏi về lịch sử phát triển của con bạn. Trọng lượng trẻ lúc mới sinh () g Có bất thường gì khi mới sinh không? Có bất thường gì sau khi sinh không? Đã từng được nói là có bất thường khi khám sức khỏe sơ sinh chưa?	Có	Không		
3	Hôm nay, cơ thể có chỗ nào khó chịu không? Hãy viết ra triệu chứng cụ thể ()	Có	Không		
4	Trong vòng một tháng gần đây có bị bệnh gì không? Tên bệnh ()	Có	Không		
5	Trong vòng một tháng gần đây, gia đình và xung quanh có ai bị sởi, rubella, thủy đậu, quai bị không? (Tên bệnh)	Có	Không		
6	Trong vòng một tháng gần đây, có đi tiêm chủng không? Hình thức tiêm ()	Có	Không		
7	Từ lúc sinh ra tới giờ, có đi khám bác sĩ do mắc dị tật bẩm sinh, bệnh về tim mạch, thận, gan, thần kinh, suy giảm miễn dịch, hoặc các bệnh khác không? Tên bệnh ()	Có	Không		
8	Bác sĩ khám bệnh đó có nói là hôm nay có thể đi tiêm chủng dự phòng không? Có từng bị co giật (lên kinh phong) không? Khoảng () tuổi Lúc đó có bị sốt không?	Có	Không		
9	Đã từng bị thuốc hay thức ăn làm nổi ban, mề đay gây khó chịu trong người chưa?	Có	Không		
10	Trong số người thân có ai được chẩn đoán là bị bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh không?	Có	Không		
11	Từ trước đến nay, cơ thể có từng bị khó chịu sau khi tiêm chủng không? Hình thức tiêm chủng ()	Có	Không		
12	Trong số người thân, có ai từng khó chịu sau khi tiêm chủng không?	Có	Không		
13	Trong vòng 6 tháng gần đây, có được truyền máu hay tiêm gamma globulin không?	Có	Không		
14	Đã từng được tiêm vắc-xin viêm gan B sau khi sinh để ngăn ngừa lây truyền từ mẹ sang con chưa?	Có	Không		
15	Có câu hỏi gì về tiêm chủng ngày hôm nay không?	Có	Không		
16	Cột điền danh cho bác sĩ Căn cứ theo khảo sát ở trên và kết quả chẩn đoán bệnh, tôi nhận định là (có thể tiêm/hoãn tiêm) đối với việc tiêm chủng ngày hôm nay. Tôi đã giải thích cho phụ huynh về hiệu quả, phản ứng phụ của tiêm chủng và chương trình bồi thường đối với các thiệt hại về sức khỏe do tiêm chủng gây ra. Bác sĩ kí tên hoặc ghi tên đóng dấu				
17	※Hãy khoanh tròn vào một trong các nội dung trong ngoặc 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 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. Phiếu dự chẩn này dùng để đảm bảo an toàn của tiêm chủng. Sau khi hiểu rõ điều này, tôi đồng ý với việc phiếu dự chẩn này được giao cho địa phương. Chữ kí của phụ huynh (tự kí)				
Tên vắc-xin sử dụng		Liều lượng tiêm	Nơi thực hiện tiêm/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.		※(Tiêm dưới da) mL	Nơi thực hiện tiêm Thời gian tiêm	Tên bác sĩ Ngày tháng năm	

B型肝炎予防接種予診票

住 所		診察前の体温		度 分	
受ける人の氏名		男 女	生 年 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		
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カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
5	1カ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カ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 ()	はい	いいえ		
8	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いといわれましたか	はい	いいえ		
9	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		
10	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		
11	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		
12	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		
13	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		
14	6カ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		
15	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		
16	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ		
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. (注)有効期限が切れていないか要確認		※(皮下注射) mL	実施場所	医師名	
			接種年月日	令和 年 月 日	