

(別紙様式3)

## 新型流感（甲流）疫苗接种预诊表

新型インフルエンザ予防接種予診票

小学六年级以下的儿童为对象（1997年4月2日之后出生的儿童）

〈小学校6年生以下の者対象（1997年4月2日以降に生まれた者）〉

诊察前体温

(診察前の体温)

℃(度)

地址 (住所)			
疫苗接种者姓名 (受ける人の氏名)	性别(性別) <input type="checkbox"/> 男性(男) <input type="checkbox"/> 女性(女)	出生日期 生年月日	年 月 日 (年 月 日) / / 满 周岁 零 个月 ( 歳 九月)
家长姓名 (保護者の氏名)			
优先接种对象者等 分类 (優先接種対象者等分類)	1.基础疾病患者 基礎疾患を有する者 2.儿童(满1周岁至学龄前儿童) 小児(1歳から就学前) 3.小学一年级儿童至小学三年级儿童 (2004年4月2日至2003年4月1日期间出生的儿童) 小学校1年生～小学校3年生 4.小学四年级儿童至小学六年级儿童 (1997年4月2日至2000年4月1日期间出生的儿童) 小学校4年生～小学校6年生 5.不符合1至4条件的儿童 1～4以外の者		
年龄划分 (年齢区分)	1.儿童(满1周岁至学龄前儿童) 小児(1歳から就学前) 2.小学一年级儿童至小学三年级儿童 (2004年4月2日至2003年4月1日期间出生的儿童) 小学校1年生～小学校3年生 3.小学四年级儿童至小学六年级儿童 (1997年4月2日至2000年4月1日期间出生的儿童) 小学校4年生～小学校6年生 4.未满一周岁的婴幼儿 1歳未満		

询问事项 (質問事項)	回答栏 (回答)		医生意见栏 (医師記入欄)
请回答儿童的发育史 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			
分娩过程中是否有异常 分娩時に異常がありましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
出生后是否有异常 出生後に異常がありましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
在婴儿体检中是否发现过异常 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
自出生至今是否被诊断患有先天性发育异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫缺陷或其他疾病而接受过治疗(药物治疗等)? 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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 至今为止的病史(包括已经痊愈的疾病)(今までにかかった病気) <input type="checkbox"/> 心脏病 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝脏疾病 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 高血压 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肾脏疾病 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 人工透析 人工透析 <input type="checkbox"/> 哮喘 喘息 <input type="checkbox"/> 特应性疾病 アトピー性疾患 <input type="checkbox"/> 肺气肿 肺気腫 <input type="checkbox"/> 胶原性疾病 膠原病 <input type="checkbox"/> 其他 その他( )	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	<input type="checkbox"/> 是 はい	<input type="checkbox"/> 否 いいえ	

【转背页/裏面に続く】

<b>今天是否身体不适？</b> 今日体に具合の悪いところがありますか <b>具体症状</b> (具体的な症状) <input type="checkbox"/> 体温比正常体温稍高 体温がいつもより高い <input type="checkbox"/> 感觉发冷 寒気がする <input type="checkbox"/> 头痛 頭が痛い <input type="checkbox"/> 咽喉痛 のどが痛い <input type="checkbox"/> 咳嗽 咳が出る <input type="checkbox"/> 有痰 痰がからむ <input type="checkbox"/> 流鼻水 鼻水が出る <input type="checkbox"/> 鼻塞 鼻がつまる <input type="checkbox"/> 恶心 吐き気 <input type="checkbox"/> 呕吐 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹泻 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃痛 胃が痛い <input type="checkbox"/> 食欲不振 食欲不振 <input type="checkbox"/> 胸绞痛 胸が痛い <input type="checkbox"/> 心悸 動悸 <input type="checkbox"/> 气喘 息切れ <input type="checkbox"/> 头晕 めまい <input type="checkbox"/> 发疹 発疹がある <input type="checkbox"/> 关节痛 関節が痛い <input type="checkbox"/> 麻木 しびれ <input type="checkbox"/> 发倦 だるい <input type="checkbox"/> 其他 その他( )	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>最近一个月内家属或玩伴中是否有人患有流感、麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病？</b> 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>最近一个月以内是否曾接受过流感疫苗以外的预防接种？</b> 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか <b>疫苗种类</b> (予防接種の種類) <input type="checkbox"/> 卡介疫苗 BCG <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 ホリオ <input type="checkbox"/> 白喉 ジフテリア <input type="checkbox"/> 百日咳 百日せき <input type="checkbox"/> 破伤风 破傷風 <input type="checkbox"/> 麻疹 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 风疹 風しん <input type="checkbox"/> 日本脑炎 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>至今为止是否曾接种过新型流感(甲流)或季节性流感疫苗？</b> 新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>疫苗接种后是否有感到身体不适？</b> その際に具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>除流感疫苗以外至今为止是否在接种疫苗后感到身体不适？</b> これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか <b>疫苗种类</b> (予防接種の種類) <input type="checkbox"/> 卡介疫苗 BCG <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 ホリオ <input type="checkbox"/> 白喉 ジフテリア <input type="checkbox"/> 百日咳 百日せき <input type="checkbox"/> 破伤风 破傷風 <input type="checkbox"/> 麻疹 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 风疹 風しん <input type="checkbox"/> 日本脑炎 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>是否对鸡肉或鸡蛋过敏？</b> ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>是否因服用药物或食品导致皮肤出现发疹或荨麻疹，以及身体不适等症？</b> 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	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>过去是否曾出现过抽风(痉挛)等病状？</b> 大约( )岁左右 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>出现上述病状时是否发烧？</b> そのとき熱がでましたか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>近亲者中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人？</b> 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>在近亲者中是否有人被诊断患有先天性免疫缺陷症？</b> 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	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	
<b>您对今天的接种是否有任何疑问？</b> 今日の予防接種について質問がありますか	<input type="checkbox"/> 有 はい	<input type="checkbox"/> 无 いいえ	

**医生意见栏** (医師の記入欄)  
 根据上述回答和诊察结果，判断今天的疫苗接种(可以实施・需要展缓)。  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)  
 已向家长/监护人解释了疫苗接种的作用和副作用，以及预防接种健康被害救济制度。  
 保護者に対し、予防接種の効果や副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした  
 医生签名或记名章 医師署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

**通过接受医生的诊察・说明，对接种疫苗的作用、目的和风险(包括严重的副作用)等理解的基础上，您同意接种疫苗吗？**  
 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などについて理解した上で、接種を希望しますか  
 同意接种 接種を希望します ・  不同意接种 接種を希望しません  
 年 月 日 家长/监护人签名(保護者自署) \_\_\_\_\_

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名 Lot No.	ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

