

(別紙様式4)

## CUESTIONARIO MÉDICO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL NUEVO TIPO DE INFLUENZA

## 新型インフルエンザ予防接種予診票

&lt; Dirigido a niños que correspondan a las edades de la Escuela Secundaria Básica (nacidos desde el 2 de Abril de 1994 hasta el 1 de Abril de 1997) &gt;

&lt; 中学生に相当する年齢の者対象(1994年4月2日～1997年4月1日生まれ対象) &gt;

		<b>Temperatura</b> (診察前の体温)		
<b>Domicilio</b> (住所)				
<b>Nombre del solicitante</b> (受ける人の氏名)		<b>Sexo(性別)</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> 生年月日	(Año 年 Mes 月 Día 日) / ( años 歳 meses 月)
<b>Nombre del padre o tutor</b> (保護者の氏名)		Masculino(男) Femenino(女)		
<b>Clasificación según la prioridad en la vacunación</b> (接種対象者分類)	1. Personas portadoras de enfermedad crónica 基礎疾患を有する者 2. Personas que no corresponda al 1 1以外の者			

Preguntas (質問事項)	Respuestas (回答)		Observación del médico (医師記入欄)
	Sí はい	No いいえ	
<b>Sobre el desarrollo del crecimiento del solicitante:</b> ¿Le diagnosticaron algún problema como bajo peso al nacer, alguna anomalía en el parto, posparto, o en el examen del lactante? 接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれた がありましたか。	Sí はい	No いいえ	
<b>Desde el nacimiento hasta la fecha, ¿su hijo ha padecido alguna anomalía congénita o enfermedad tales como enfermedad cardíaca, renal, hepática, del sistema nervioso, el síndrome de inmunodeficiencia, u otras, por lo cual ha recibido tratamiento médico (o alguna medicación) ?</b> 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  <b>Nombre de la enfermedad (今までにかかった病気) :</b> Enfermedad cardíaca 心臓病    Enfermedad hepática 肝臓の病気 Hipertensión 高血圧    Diabetes 糖尿病    Enfermedad renal 腎臓の病気 Diálisis artificial 人工透析    Asma 喘息    Enfermedad alérgica アレルギー性疾患 Enfisema pulmonar 肺気腫    Colagenopatía 膠原病 Otras その他( )	Sí はい	No いいえ	
<b>¿Su médico tratante le ha permitido que reciba la vacuna contra el Nuevo Tipo de Influenza hoy?</b> 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	Sí はい	No いいえ	
<b>¿Se siente mal hoy?</b> 今日体に具合の悪いところがありますか  <b>Síntomas(具体的な症状) :</b> Temperatura más alta de lo normal 体温がいつもより高い    Escalofríos 寒気がする Dolor de cabeza 頭が痛い    Dolor de garganta のどが痛い    Tos 咳が出る Flemas 痰がからむ    Flujo nasal 鼻水が出る    Nariz congestionada 鼻がつまる Náuseas 吐き気    Vómitos 嘔吐    Diarrea 下痢    Dolor de vientre 腹痛 Dolor de estómago 胃が痛い    Pérdida de apetito 食欲不振 Dolor de pecho 胸が痛い    Palpitaciones 動悸    Jadeo 息切れ Vértigo めまい    Erupción cutánea 発疹がある    Dolores articulares 関節が痛い Entumecimiento しびれ    Fatiga だるい    Otras その他( )	Sí はい	No いいえ	
<b>¿Durante el último mes algún familiar o compañero ha padecido influenza, sarampión, rubéola, varicela, o paperas, etc.?</b> 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹(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	Sí はい	No いいえ	

<p>¿Ha recibido alguna vacuna (excepto contra la influenza) en el último mes? 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか</p> <p><i>Nombre de la vacuna 予防接種の種類</i> BCG Polio ホリオ Difteria シフテリア Tos ferina 百日せき Tétanos 破傷風 Sarampión 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalitis japonesa 日本脳炎</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra el Nuevo Tipo de Influenza o contra la influenza estacional? 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</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Se sintió mal por causa de dicha vacuna ? その際に具合が悪くなったことはありますか</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Se ha sentido mal alguna vez por causa de alguna vacuna (excepto la vacuna contra la influenza)? 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</p> <p><i>Nombre de la vacuna (予防接種の種類)</i> BCG Polio ホリオ Difteria シフテリア Tos ferina 百日せき Tétanos 破傷風 Sarampión 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalitis japonesa 日本脳炎</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Tiene alergia a algún alimento tales como huevos o carne de pollo? ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Se ha sentido mal alguna vez o tenido erupción cutánea o urticaria por la causa de algún medicamento o alimento? 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</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Ha tenido alguna vez convulsión o espasmo? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? - A la edad de ( ) años aprox. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Tuvo fiebre al tener la convulsión (o espasmo) ? そのとき熱ができましたか</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Tiene algún pariente próximo que se ha sentido mal por causa de alguna vacuna ? 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</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Tiene algún pariente próximo diagnosticado con la inmunodeficiencia congénita? 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</p>	Sí はい	No いいえ	
<p>¿Tiene alguna pregunta sobre la vacunación de hoy? 今日の予防接種について質問がありますか</p>	Sí はい	No いいえ	

**Opinión médica (医師の記入欄)**  
 En consideración a las respuestas en el presente cuestionario y al contenido de la consulta, el solicitante ( sí · no ) puede recibir la vacuna hoy.  
 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 )

Le he explicado al padre (o tutor) del solicitante sobre la eficacia, los efectos colaterales de la vacunación, y sobre el Sistema de Asistencia e Indemnización por Daños de Salud debido a la Vacunación.  
 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

Firma del médico 医師署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

Habiendo recibido la explicación o la consulta del médico, y comprendido la eficacia, objetivo, posibilidad de efectos colaterales a nivel grave, ¿desea usted que el solicitante reciba la vacunación?  
 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

Sí, deseo recibir la vacuna. 接種を希望します · No deseo recibir la vacuna. 接種を希望しません

Año 年 mes 月 día 日 Firma del padre o tutor 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