

(別紙様式4)

Kupon ukol sa Pagpapabakuna ng Pinakabagong Influenza

新型インフルエンザ予防接種予診票

Para sa mga ang edad ay kasing-edad ng isang Junior High School ang gulang
(ipinanganak mula ika-2 ng Abril taong 1994 hanggang ika-1 ng Abril taong 2007)
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)

		Temperatura (診察前の体温)		
Tirahan (住所)				
Pangalan ng Pasiyente (受ける人の氏名)	Kasarian (性別) Lalaki (男) Babae (女)	Araw ng Kapanganakan 生年月日	(Taon 年 Buwan 月 Araw 日) / /	
Pangalan ng Magulang (保護者の氏名)			(anyos 歳 at buwan 月)	
Klasipikasyon ng Prayoridad paras sa Pagpapabakuna, atbp. (接種対象者分離)	1. Mga taong may sakit na pinagbabatayan 基礎疾患を有する者。 2. Maliban sa nabanggit sa 1. 1以外の者			

Mga Katanungan (質問事項)	Kasagutan (回答)		Pahayag ng doktor (医師記入欄)
Nais naming malaman ang vaccination history. Ng ipinanganak o pagkatapos ipanganak ang sanggol, walang ba siyang sapat na timbang, o kaya y sinasabing ang sanggol ay nagtataglay ng kakatwang kalagayan ayon sa isang pagsisiyasat? 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ことがありますか。	Oo はい	Hindi いいえ	
Sapul sa pagkabata, mula sa kapanganakan hanggang sa kasalukuyan siya ba ay nagkaroon (subalit magaling na sa ngayon) o kaya y kasalukuyang nagtataglay ng komplikasyon sa puso, bato, atay, utak, immune deficiency, iba pang pagdurusa sa sakit, sumasalim sa medical treatment (kabilang din ang medications)? 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 Pangalan ng tinaglay o tinataglay na sakit mula noon hanggang sa kasalukuyan (今までにかかった病気) : Sakit sa puso 心臓病 Sakit sa atay 肝臓の病気 Alta Presyon 高血圧 Diabetes 糖尿病 Sakit sa bato 腎臓の病気 Dialysis 人工透析 Hika 喘息 Allergic Disease アレルギー性疾患 Sakit sa Baga 肺気腫 Rayuma 膠原病 Atbp. その他()	Oo はい	Hindi いいえ	
Tungkol sa sakit na nabanggit, ayon sa doktor na maaari ba siyang tumanggap ng bakuna? 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	Oo はい	Hindi いいえ	
Sa ngayon, mayroon ba siyang hindi magandang nararamdeman sa katawan? 今日体に具合の悪いところがありますか Mga sintomas (具体的な症状) Palaging mataas ang temperatura kaysa sa normal 体温がいつもより高い Giniginaw 寒気がする Masakit ang ulo 頭が痛い Masakit ang lalamunan のどが痛い Mayroong ubo 咳が出る May lumalabas na plema 痰がからむ Mayroong sipon 鼻水が出る Nagbabara ang ilong 鼻がつまる Parang masusuka 吐き気 Nagsusuka 嘔吐 Nagtatae 下痢 Masakit ang tiyan 腹痛 Masakit ang sikhura 胃が痛い Walang gana sa pagkain 食欲不振 Masakit ang dibdib 胸が痛い Mabilis ang tibok ng puso 動悸 Hindi makahinga 息切れ Nahihilo めまい May mga pantal sa balat 発疹がある Masakit ang mga buto 関節が痛い Pamamanhid しびれ Pananamlay だるい Atbp. その他()	Mayroon はい	Wala いいえ	

【karugtong sa susunod na pahina ay nasa likod / 裏面に続く】

Sa loob ng nakaraang isang buwan, sa loob ng pamilya o maging sa mga kalaro, mayroon bang nagkaroon ng sakit tulad ng trangkaso (influenza), tigdás, rubella, bulutong-tubig, beke? 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	Mayroon はい	Wala いいえ	
Sa loob ng nakaraang isang buwan, tumanggap ba ng kahit anong uri ng bakuna maliban sa bakuna para sa pinakabagong influenza o pana-panahong influenza? 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか <i>Pangalan ng bakuna na tinanggap (予防接種の種類)</i> BCG Polio ホリオ Diphtheria ジフテリア Pertussis 百日せき Tetano 破傷風 Tigdas 麻疹(はしか) Rubella 風しん Japanese Encephalitis 日本脳炎	Oo はい	Hindi いいえ	
Nakatanggap na ba ang bata ng bakuna para sa Pinakabagong Influenza o kaya y Pana-panahong Influenza mula noon hanggang sa kasalukuyan? 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	Oo はい	Hindi いいえ	
Sa pagkakataon na iyon, sumama ba ang kanyang pakiramdam ng katawan pagkatapos tumanggap ng bakuna? その際に具合が悪くなったことはありますか	Oo はい	Hindi いいえ	
Hanggang sa kasalukuyan, maliban sa bakuna para sa Influenza, nagkaroon ba siya ng masamang pakiramdam ng katawan nang tinanggap na bakuna? 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はありますか <i>Pangalan ng bakuna na tinanggap (予防接種の種類)</i> BCG Polio ホリオ Diphtheria ジフテリア Pertussis 百日せき Tetano 破傷風 Tigdas 麻疹(はしか) Rubella 風しん Japanese Encephalitis 日本脳炎	Oo はい	Hindi いいえ	
Mayroon ba siyang allergy sa karne ng manok o kaya y sa itlog? ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	Mayroon はい	Wala いいえ	
Nagkaroon na ba siya ng allergy o paglabas ng mga butlig o pantal dahil sa gamot o kaya y sa pagkain, at nagkaroon ng masamang pakiramdam ng katawan dahil sa dito? 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はありますか	Oo はい	Hindi いいえ	
Nagkaroon na ba siya ng sumpong sa pangingsay? Noong nasa edad na () anyos ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか ()歳頃	Oo はい	Hindi いいえ	
Sa pagkasumpong ng pangingsay, nagkaroon ba siya ng lagnat? そのとき熱がでましたか	Oo はい	Hindi いいえ	
Sa mga kamag-anak, mayroon bang nagkaroon ng masamang pakiramdam sa pangangatawan pagkatapos tumanggap ng kahit anong uri ng bakuna? 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	Mayroon はい	Wala いいえ	
Mayroon ba sa mga kamag-anak na napag-alamang nagtataglay ng immune deficiency? 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	Mayroon はい	Wala いいえ	
Ikaw ba ay may mga katanungan tung sa mga bagay-bagay ukol sa pagpapabakuna sa kasalukuyan? 今日の予防接種について質問がありますか	Mayroon はい	Wala いいえ	

Pahayag ng doktor pang-medikal (医師の記入欄)
 Sa resulta ng konsultasyon at examination na nakasaad sa itaas, ang pagbabakuna sa ngayon ay (may posibilidad · ipagpapaliban)
 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)
 Para sa mga magulang, hinggil sa relief system para sa kalusugan at pagbabakuna, ang epekto ng bakuna ay ipapaliwanag.
 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
 Tatak ng pirma o selyo ng doktor 医師署名又は記名押印 _____

Ang doktor · sa isang paliwanag, kung ang layunin at epekto ng bakuna at ang panig ng pang-unawa sa malubhang reaksiyon nito ay maipaliwana, nais pa rin bang magpabakuna?
 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
 Magpabakuna 接種を希望します · Hindi magpabakuna 接種を希望しません
 taon 年 buwan 月 araw 日 Pirma ng magulang o tagapag-alaga (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

