

問診欄 (予診欄)

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票
人乳头状瘤病毒感染予防接種問診票
(无家长陪伴者用)

回数(いずれかに
☑)
1
2
3

		診察前の体温 (診察前の体温)		度 (度 分)	
地址(住所)					
接種者姓名 (受ける人の名前)		男 女	出生日期 (生年月日)	年 月 日	年齢(年 个月)

問 答 事 項 (質 問 事 項)		回答欄 (回答欄)		医生意見欄 (医師記入欄)
今天是否有身体不适之处? 如果是, 请描述具体症状。 ()	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	是	否	
最近一个月是否生过病? 病名 ()	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名	是	否	
最近一个月是否进行过预防接种? 接种名称 ()	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類	是	否	
从出生至今是否因患有先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、 脑神经、免疫缺陷或其他疾病, 而接受医生诊察? 病名 ()	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	是	否	
治疗上述疾病的医生是否同意今天进行接种?	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	是	否	
过去是否有过抽风(痉挛)现象? 如果有, 是在多大时发生的? () 当时是否发烧?	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	是	否	
是否因食物或药物过敏而出现过皮疹或荨麻疹等身体不适 症状?	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	是	否	
近亲中是否有患先天性免疫缺陷疾病的人?	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいま すか	是	否	
至今为止是否曾因接受预防接种而引起身体不适? 接种名称 ()	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	是	否	
近亲中可有因接受预防接种而引起身体不适的人?	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	是	否	
现在是否有正在怀孕的可能?(如月经比以往有些错后) [注意] 妊娠中の人进行预防接种须慎重行事。	現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れている など)はありますか (注)妊娠している人への接種には、注意が必要で す。	是	否	

在对您小孩的既往病史、健康状况以及接种当天的身体状况进行综合考量后, 您是否同意孩子今天进行预防接种? 我 (同意 / 不同意)
* 请在括弧中的 (同意 / 不同意) 之中选项画圈。
此问診票以用于确保接种疫苗的安全性为目的, 请给予充分的理解并同意将此问診票提交于有关市政府机关。

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか (同意します ・ 同意しません)
※かつこ内のどちらかを○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。

家长 / 监护人签名:

医師記入欄(医生意見)
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。
接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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	※(筋肉内接種)	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	接種年月日 年 月 日