

Địa chi 住所	見 本	Thời điểm có thể tiêm chủng 接種可能期間			
Phiên âm フリガナ		整理番号 số sê-ri			
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Điện thoại 電話番号			
Tên phụ huynh 保護者の氏名		Giới tính	Ngày tháng năm sinh 生年月日	năm 年	tháng 月
			Tròn (満)	tuổi 歳	tháng ヵ月)

Giấy đăng ký tiêm chủng kèm phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh viêm nhiễm Rotavirus (T.pNishio) [lần 1]
ロタウイルス感染症予防接種予診票兼接種依頼書(西尾市) [1回目]

※Hãy đo nhiệt độ cơ thể ở địa điểm tiêm chủng 診察前の体温	Nhiệt độ cơ thể trước khi khám 診察前の体温	℃
---	--	---

Mục câu Hỏi 【質問事項】		Cột trả lời 【回答欄】		Cột bác sĩ điền vào 【医師記入欄】
1	Bạn đã đọc bản hướng dẫn về việc tiêm chủng ngày hôm nay do thành phố phát qua bưu điện chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vào ngày tiêm chủng, con bạn đã quá 14 tuần 6 ngày tuổi chưa? *Nếu trẻ trên 15 tuần tuổi thì hãy nhận sự hướng dẫn từ bác sĩ あなたのお子さんは、接種日において生後14週6日後を過ぎていませんか *生後15週0日後以降の場合は医師より説明を受けてください	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con bạn: 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Cân nặng lúc sinh 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか	Có あった	Không なかった	
	Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか	Có あった	Không なかった	
	Có được bác sĩ chuẩn đoán em bé có bất thường khi khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có ある	Không ない	
4	Hôm nay có chỗ nào khó chịu trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng khó chịu 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Trong 1 tháng gần đây có bị mắc bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・Khởi bệnh khi nào? いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Trong 1 tháng nay trong gia đình hay bạn bè chơi cùng có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Trong 1 tháng nay có tiêm chủng không? 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 Tên loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ trước đến nay đã từng bệnh lồng ruột chưa? Hoặc có bệnh rối loạn tiêu hóa bẩm sinh chưa chữa khỏi? Trường hợp này không thể tiêm chủng vắc xin Rotavirus. これまでに腸重積症になったことはありませんか または、治療が完了していない先天性消化管障害がありますか *この場合ロタウイルスワクチンの接種はできません。	Có はい	Không いいえ	
9	Từ trước đến nay đã từng được chuẩn đoán suy giảm hệ miễn dịch chưa? Hay từng bị viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy lặp đi lặp lại, tăng cân nặng không bình thường hay chưa? Có thể sẽ không được tiêm chủng vắc xin Rotavirus. これまでに免疫不全と診断されていますか または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 *ロタウイルスワクチンが接種できないことがあります。	Có はい	Không いいえ	
10	Từ khi sinh ra đến nay, trẻ có mắc bệnh đặc biệt (đi tắt bẩm sinh, tím, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy giảm hệ miễn dịch, hoặc những bệnh khác) và đang đi khám bác sĩ không? 生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
	Có được bác sĩ khám những bệnh trên nói rằng hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
11	Có bị lên cơn co giật lần nào không? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lần cuối: 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
12	Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
	Có bị dị ứng hoặc phát ban, tình trạng sức khỏe xấu đi do thuốc, đồ ăn không? 薬や食品で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (卵 卵黄、ゼラチン 卵白、その他 卵以外)	Có はい	Không いいえ	
13	Từ trước đến nay khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 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せんか。 Tên tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
14	Người mẹ đã được kê đơn thuốc ức chế miễn dịch khi mang thai không? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか (薬剤名 薬名)	Có はい	Không ない	
15	Trong gia đình có ai được chuẩn đoán bị suy giảm hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
16	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
17	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
18	Quý vị có câu hỏi nào liên quan đến tiêm chủng ngày hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。	(実施できる / 見合わせる)
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は	医師署名
保護者に対して、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、説明をした。	

Sau khi nhận được sự khám bệnh và giải thích của bác sĩ, dựa trên hiểu về kết quả, và mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra tác dụng phụ nghiêm trọng (đặc biệt bệnh lồng ruột), và chế độ trợ cấp thiệt hại sức khỏe tiêm chủng, mà tôi (tôi đồng ý/ đồng ý không đồng ý) tiêm chủng 【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(特に腸重積症)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)】
【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。 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(特に腸重積症)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)】
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。】 Tôi đã hiểu điều này và đồng ý phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh này sẽ được nộp cho chính quyền địa phương
Chữ ký phụ huynh/ 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
Lot No	有効期限	医師名
		接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一つで、人型肺炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで用いられることがあり、この注射を3〜6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果に十分に出ないことがあります。		
【医療機関控え】 □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)		【個別接種】
被接種者	住所 氏名	生年月日 平成 年 月 日生
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
		医師名

※ Hãy đo nhiệt độ cơ thể cố địa điểm tiêm chủng

Nhiệt độ cơ thể trước khi khám
診察前の体温

^oC

Mục câu Hỏi 【質問事項】		Cột trả lời 【回答欄】		Cột bác sĩ điền vào 【医師記入欄】
1	Bạn đã đọc bản hướng dẫn về việc tiêm chủng ngày hôm nay do thành phố phát qua bưu điện chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Đã trên 27 ngày kể từ ngày tiêm chủng vắc xin Rotavirus lần trước chưa? 前回のロタウイルスワクチン接種日から 27 日以上あっていますか (前回接種日 Ngày tiêm chủng lần trước 年 Năm 月 tháng 日 ngày 前回のワクチン Vắc xin lần trước(ロタリックス Rotarix ロタテック Rotatech)	Có はい	Không いいえ	前回と同じワクチンが確認されることを確認し、接種を受けるかどうかを判断してください。
3	Hỏi về quá trình phát triển của con bạn 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Cân nặng lúc sinh 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Có được bác sĩ chuẩn đoán em bé có bất thường khi khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có chỗ nào khó chịu trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng khó chịu 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Trong 1 tháng gần đây có bị mắc bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気になるかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Khởi bệnh khi nào? いつ治りましたか (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Trong 1 tháng nay trong gia đình hay bạn bè chơi cùng có ai bị Sốt, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Trong 1 tháng nay có tiêm chủng không? 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 Tên loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ trước đến nay đã từng bệnh lồng ruột chưa? Hoặc có bệnh rối loạn tiêu hóa bẩm sinh chưa chữa khỏi? Trường hợp này không thể tiêm chủng vắc xin Rotavirus. これまでに腸重積症になったことはありますか または、治療が完了していない先天性消化管障害がありますか ※この場合ロタウイルスワクチンの接種はできません。	Có はい	Không いいえ	
9	Từ trước đến nay đã từng được chuẩn đoán suy giảm hệ miễn dịch chưa? Hay từng bị viêm phổi, viêm tai giữa, tiểu chảy lặp đi lặp lại, tăng cân nặng không bình thường hay chưa? Có thể sẽ không được tiêm chủng vắc xin Rotavirus. これまでに免疫不全と診断されていますか または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 ※ロタウイルスワクチンが接種できないことがあります。 Từ khi sinh ra đến nay, trẻ có mắc bệnh đặc biệt (đi tiếp bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy giảm hệ miễn dịch, hoặc những bệnh khác) và đang đi khám bác sĩ không? 生まれてから今までに特別な病気（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。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
10	Có được bác sĩ khám những bệnh trên nói rằng hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
11	Có bị lên cơn co giật lần nào không? ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 Lần cuối: 最終 (年/năm 月/tháng 日/ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
12	Có bị dị ứng hoặc phát ban, tình trạng sức khỏe xấu đi do thuốc, đồ ăn không? 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (卵, trứng, ゼラチン, Chất béo gê-la-tin、その他 ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
13	Từ trước đến nay khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 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。 Tên tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
14	Người mẹ đã được kê đơn thuốc ức chế miễn dịch khi mang thai không? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか (薬剤名 Tên thuốc)	Có はい	Không いいえ	
15	Trong gia đình có ai được chuẩn đoán bị suy giảm hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
16	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
17	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
18	Quý vị có câu hỏi nào liên quan đến tiêm chủng ngày hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

醫師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

醫師署名

Sau khi nhận được sự khám bệnh và giải thích của bác sĩ, dựa trên hiểu về kết quả, và mục đích của tiêm chủng, khả năng xảy ra tác dụng phụ nghiêm trọng (đặc biệt bệnh lồng ruột), và chế độ trợ cấp thiết hại sức khỏe tiêm chủng, mà tôi (同意します/同意 ý/同意しません/不同意 ý) tiêm chủng. (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(特に腸重積症)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より(同意します/同意 ý/同意しません/不同意 ý))

【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。Phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh có mục đích đảm bảo an toàn tiêm chủng.

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。】 Tôi đã hiểu điều này và đồng ý phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh này sẽ được nộp cho chính quyền địa phương

Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
		医師名	
Lot No. 有効期限:	0.25ml	接種年月日	
(注) ガンゲンゾロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にないことがあります。			
【医療機関控え】		【個別接種】	
被接種者	住 所		生年月日
	氏 名		
		平成	年 月 日生
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	

※ Hãy đo nhiệt độ cơ thể cờ địa điểm tiêm chủng

Nhiệt độ cơ thể trước khi khám

°C

Mục câu hỏi 【質問事項】		Cột trả lời 【回答欄】		Cột bác sĩ điền vào 【医師記入欄】
1	Bạn đã đọc bản hướng dẫn về việc tiêm chủng ngày hôm nay do thành phố phát qua bưu điện chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Đã trên 27 ngày kể từ ngày tiêm chủng vắc xin Rotavirus lần trước chưa? 前回のロタウイルスワクチン接種日から27日以上あいていますか(前回接種日) Ngày tiêm chủng lần trước 年 Năm 月 tháng 日 ngày 前回のワクチン Vắc xin lần trước(ロタリックス Rotarix・ロタテック Rotatech) ※ロタリックスの場合は3回目はありません。Trường hợp Rotarix thì không có mũi thứ 3	Có はい	Không いいえ	前回と同ヒワクチン か確認 Xác nhận có giống với vắc xin lần trước hay không
3	Hỏi về quá trình phát triển của con bạn: ① 子どもの発育歴についておたずねします Cân nặng lúc sinh 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか ② Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか ③ Có được bác sĩ chuẩn đoán em bé có bất thường khi khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có chỗ nào khó chịu trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng khó chịu 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Trong 1 tháng gần đây có bị mắc bệnh không? 最近1カ月以内に病気になるかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・Khỏi bệnh khi nào? いつ治りましたか (月/tháng 日/ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Trong 1 tháng nay trong gia đình hay bạn bè chơi cùng có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Trong 1 tháng nay có tiêm chủng không? 1 月以内に予防接種を受けましたか。 Tên loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/tháng 日/ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ trước đến nay đã từng bệnh lồng ruột chưa? Hoặc có bệnh rối loạn tiêu hóa bẩm sinh chưa chữa khỏi? Trường hợp này không thể tiêm chủng vắc xin Rotavirus. これまでに腸重積症になったことはありますか または、治療が完了していない先天性消化管障害がありますか。 ※この場合ロタウイルスワクチンの接種はできません	Có はい	Không いいえ	
9	Từ trước đến nay đã từng được chuẩn đoán suy giảm hệ miễn dịch chưa? Hay từng bị viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy lặp đi lặp lại, tăng cân nặng không bình thường hay chưa? Có thể sẽ không được tiêm chủng vắc xin Rotavirus. これまでに免疫不全と診断されていますか または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 ※ロタウイルスワクチンが接種できないことがあります。	Có はい	Không いいえ	
10	Từ khi sinh ra đến nay, trẻ có mắc bệnh đặc biệt (đi tắt bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy giảm hệ miễn dịch, hoặc những bệnh khác) và đang đi khám bác sĩ không? 生まれてから今までに特別な病气(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病气)にかかり医師の診察をうけていますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
	Có được bác sĩ khám những bệnh đó nói rằng hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? 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	Có はい	Không いいえ	
11	Có bị lên cơn co giật lần nào không? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lần cuối: 最終 (年/năm 月/tháng 日/ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
12	Có bị dị ứng hoặc phát ban, tình trạng sức khỏe xấu đi do thuốc, đồ ăn không? 薬や食品で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (卵、ゼラチン、脂肪、糖、その他) 薬の種類 ()	Có はい	Không いいえ	
13	Từ trước đến nay khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 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。 Tên tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
14	Người mẹ đã được kê đơn thuốc ức chế miễn dịch khi mang thai không? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか (薬剤名 薬名)	Có はい	Không いいえ	
15	Trong gia đình có ai được chuẩn đoán bị suy giảm hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
16	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
17	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
18	Quý vị có câu hỏi nào liên quan đến tiêm chủng ngày hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

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 / 見合わせる)

醫師署名

【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。Phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh có mục đích đảm bảo an toàn tiêm chủng.

【この予診票は、予防接種の受主性の確保を目的としています。Phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh cơ được điền nhằm bảo an toàn tiêm chủng. 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。】 Tôi đã hiểu điều này và đồng ý phiếu câu hỏi chuẩn đoán bệnh này sẽ được nộp cho chính quyền địa phương.

Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所				
Lot No.	有効期限:	医師名				
		接種年月日				
(注)ガランツコグロリンは、血球製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的で注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、菌しんなどの予防接種の効果が十分にないことがあります。						
【医療機関控え】		☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ（予約のみ）			【個別接種】	
被接種者	住所				生年月日	平成 年 月 日生
	氏名					
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所				

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間		
		整理番号 số sê-ri		
Nghe tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)	
Tên phụ huynh 保護者の氏名				

見
本

① Hib nhiễm trùng Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chún
ヒブ (Hib) 感染症予防接種予診票兼接種依頼票 (西尾市) 【初回 1 回目 đầu tiên lần thứ 1】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám

診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vào ngày tiêm chủng con của quý vị được 2 tháng cho tới lúc bé tròn 7 tháng tuổi chưa? あなたのお子さんは、接種日 において生後 2 か月から 7 か月未満ですか (trẻ em 7 tháng trở lên không được sử dụng 7 か月以上のお子さんは 使用できません)	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 か月以内に病気になるかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt, phát ban, thủy đậu, quai bị không? (1 か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。) Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? (1 か月以内に予防接種を受けましたか。) Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? Sinh mà từ trước đến nay có đặc biệt bệnh (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。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không (thịt gà, trứng gà vv) 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

見
本

医師記入欄。

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không

【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn (同意します) / không muốn (同意しません))

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố .

【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 ヒブ(Hib)感染症 初回 1回目 接種実施 接種見合わせ(予診のみ)		
被接種者	住所 氏名	生年月日 年 月 日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

見
本

tiêm chủng cá nhân 個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所	見 本	Giới tính	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
			整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ			Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名				

※Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

※ Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé		Nhiệt độ trước khi khám 診断前の温度	℃	
Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Từ lần trước tiêm cách ngày chưa? ヒブ前回から何日あいていますか。(Khoảng thời gian từ lần tiêm chủng này tới lần tiêm chủng tiếp theo là 20 ngày。20日以上の間隔があいていないと接種できません。) vào ngày tiêm chủng con của quý dưới 12 tháng tuổi chưa? あなたのお子さんは、接種日において生後12か月未満ですか。 (trẻ em 12 tháng trở lên không được sử dụng 12か月以上のお子さんは使用できません。)	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vìあなたのお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常が与ると言われたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近1か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名()・Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか(月/年/日/日/日)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名()	Có はい	Không いいえ	見 本
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名()(月/年/日/日/日)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thần kinh, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không)? sinh mà đến nay chưa có đặc biệt bệnh (先天的異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診療を受けていますか。 Tên bệnh 病名() Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? 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言われましたか	Có はい Cố はい	Không いいえ Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật nào không? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lúc nào cuối cùng (年/năm 月/tháng 日/ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Cố はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv]? Thuốc hoặc thực phẩm (鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類() đồ ăn thực phẩm (鶏肉、鶏卵など) (月/年/日/日/日)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khó chịu hay sốt trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。
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 / 見合わせる)
保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không.
【医師の診察、説明を受け、予防接種の効果と副作用、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn)【同意します】 / không muốn【同意しません】)
 Bệnh nhân đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiềm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

【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。】

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	見 No. 00000000 本
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 ヒブ(Hib)感染症 初回(1回目・2回目) ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	年 月 日
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください 【tiêm chủng cá nhân 個別接種】 ベトナム語版

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間			
		整理番号 số sê-ri			
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính		Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日		năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)	
Tên phụ huynh 保護者の氏名					

III Hib nhiễm trùng Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ヒブ (Hib) 感染症予防接種予診票兼接種依頼書 (西尾市) 【初回 (2回目・3回目) đầu tiên lần thứ2・lần thứ3 】

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé		Nhiệt độ trước khi khám 診断前の温度		℃	
---	--	-----------------------------------	--	---	--

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Hib cách mấy ngày rồi? ヒブ前回から何日あいていますか。 (Khoảng thời gian từ lần tiêm chủng này tới lần tiêm chủng tiếp theo là 20 ngày. 20 日以上の間隔があいていないと接種できません。) Vào ngày tiêm chủng con của quý vị được 12 tháng tuổi chưa? あなたのお子さんは、接種日において生後 12 か月未満ですか(trẻ em 12 tháng trở lên không được sử dụng 12 か月以上のお子さんは使用できません。)	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近 1 か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Ngày trị lãnh Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? 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	Có はい	Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị đi ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや尋麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng , gelatina ngoài ra ()	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。 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 / 見合わせる) 保護者に対して、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、説明をした。 医師署名	
--	--

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ ,sau khi hiểu biết về hiệu quả ,phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố .
【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名		接種方法・量		実施場所	
乾燥ヘモフィルスB型ワクチン		皮下接種		医師名	
Lot No		0.5ml		接種年月日	
(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。					
【医療機関控え】 ヒブ(Hib)感染症 初回 (2回目・3回目) ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)					
被接種者		住所		生年月日	
		氏名		年 月 日	
使用ワクチン名		接種方法/量		実施場所	
乾燥ヘモフィルスB型ワクチン		皮下接種		医師名	
Lot No		有効期限 0.5ml		接種年月日	

【tiêm chủng cá nhân 個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所			Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
			整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名				đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

IV Hib nhiễm trùng Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ヒブ (Hib) 感染症予防接種予診票兼接種依頼票 (西尾市) 【初回 1 回目・追加 đầu tiên lần thứ 1 thêm】

Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

°C

	Câu Hỏi 【質問事項】	Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ 【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Từ lần trước tiêm cách ngày chưa? 前回から何日あいていますか	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không?乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった CÓ あった CÓ ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	CÓ はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () - Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月 / 日 / 年)	CÓ はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	CÓ はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / 日 / 年)	CÓ はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thần kinh, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không?) 生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師の診療をうけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không?その病気を診てもらって医師が今日の予防接種を受けてよいといっていましたか	CÓ はい CÓ はい	Không いいえ Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lẫn nào không? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Lúc nào cuối cùng (年 / 月 / 日) 最後 (年 / 月 / 日) Lúc đó có phát nhiệt không?そのとき熱が出ましたか	CÓ はい CÓ はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà v.v.] 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。】 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (鶏肉 , gelatina ngoài ra...)	CÓ はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	CÓ ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	CÓ はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	CÓ はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	CÓ はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	CÓ はい	Không いいえ	

醫師記入欄.

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn / đồng ý / không / không muốn) (同意します/ 同意しません)

Phấn chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiềm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính thành phố.

【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 ヒブ(Hib)感染症 初回 1回目・追加 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(手診のみ)		
被接種者	住所	生年月日
	氏名	年 月 日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日
有効期限		

※ Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診断前の温度

 $\circ$

	Câu Hỏi 【質問事項】	Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vào ngày tiêm chủng con của quý vị được 2 tháng cho tới lúc bé tròn 7 tháng tuổi chưa? あなたのお子さんは、接種日において生後2か月から7か月未満ですか。 (trẻ em 7 tháng trở lên không được sử dụng 7か月以上のお子さんは使用できません。) Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị và của bạn: bạn đã có những dấu hiệu gì khác thường không? 分曉時に異常がありましたか Sinh ra nặng / 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか	Có はい	Không いいえ	
3	Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau / 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh / 病名 () Ngày trị lành Bệnh / いつ治りましたか (月 / 日 / 年)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh / 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng / 予防接種名 () (月 / 日 / 年)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thần kinh, gan, những bệnh liên quan tới thân thể, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không)? 生まれてから今までに特別な病気（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。 Tên bệnh / 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって、その日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 Lúc nào / 最終 (年 / 月 / 日) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc / 薬の種類 () đồ ăn / 食品 (鶏肉 , gelatin ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng / 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không / 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

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 / 見合わせる)
保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn / đồng ý) / không muốn / (không) muốn)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月に以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 小児肺炎球菌感染症 初回 1回目 ☐接種実施 ☐接種見合わせ (予診のみ)

被接種者	住所			生年月日	年 月 日
	氏名				
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所			
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名			
Lot No	有効期限	接種年月日			

見
年
本

Địa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
Nghị tên katakana フリガナ		Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名			

II Viêm phổi do liên khuẩn tụ cầu của sơ sinh Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
小児肺炎球菌感染症予防接種予診票兼接種依頼表 (西尾市)【初回 (1回目・2回目) đầu tiên (lần thứ 1・ lần thứ 2)】

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé		Nhiệt độ trước khi khám 診断前の温度	℃
Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】	Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ
2	Viêm phổi do liên khuẩn tụ cầu của sơ sinh từ lần trước tiêm cách ngày chưa? 小児肺炎球菌前回から何日あいていますか。 (Khoảng thời gian từ lần tiêm chủng này tới lần tiêm chủng tiếp theo là 27 ngày. 27 日以上の間隔があいていないと接種できません。) Vào ngày tiêm chủng con của quý vị được 12 tháng tuổi chưa? あなたのお子さんは、接種日において生後12か月未満ですか (trẻ em 12 tháng trở lên không được sử dụng. 12か月以上のお子さんは使用できません。) Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診で異常があったことがありますか	() 日/ ngày Có はい	Không いいえ Không いいえ Có あった なかった Có あった なかった Có ある ない
3	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください)	Không いいえ	Không いいえ
4	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Không いいえ	Không いいえ
5	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Không はい	Không いいえ
6	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Không はい	Không いいえ
7	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって医師で今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Không はい	Không いいえ Không いいえ
8	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Không はい	Không いいえ Không いいえ
9	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không (thịt gà, trứng gà v.v.) 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (鶏肉、鶏卵など)	Không はい	Không いいえ
10	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Không ある	Không ない
11	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Không はい	Không いいえ
12	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Không はい	Không いいえ
13	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Không はい	Không いいえ
14	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Không はい	Không いいえ
15		Không はい	Không いいえ

医師記入欄。	
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 / 見合わせる)	
保護者に対して、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、説明をした。	医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn / 同意します) / không muốn / 同意しません)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【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。 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。			
【医療機関控え】 小児肺炎球菌感染症 初回 (1回目・2回目) □接種実施 □接種見合わせ (予診のみ)			
被接種者	住所 氏名	生年月日	年 月 日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日	

Ⅲ Viêm phổi do liên khuẩn tụ cầu của sơ sinh Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
小児肺炎球菌感染症予防接種予診票兼接種依頼表（西尾市）【初回（1回目・2回目・3回目） đầu tiên（lần thứ 1・lần thứ 2・lần thứ 3）】

c

見
本

醫師署名

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

【この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがありますが、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

見
一
本

被 接 種 者	住 所				
	氏 名		生年月日	平成 一 年 月 日生	
使 用 ワ ク チ ン 名	接 種 方 法 / 量	実 施 場 所			
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医 師 名			
Lot No	有効期限	0.5ml	接 種 年 月 日		

見本

小兒肺炎球菌感染症 予防接種予診票 兼 接種依頼表 (西尾市)【đầu tiên (lần thứ 1・lần thứ 2・thêm) 初回 (1回目・2回目・追加)】

Nhiệt độ trước khi khám
診断前の温度

見
本

見
平成 年
本

Địa chỉ 住所	見 本	Giới tính 性別	接種可能期間 整理番号	
Nghe tên katakana フリガナ			Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	Năm tháng ngày 年 月 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名				Đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

問診票 処方箋 (B型肝炎予防接種予診票兼接種依頼書【1回目】)
Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng, Bảng yêu cầu tiêm chủng viêm gan siêu vi B (lần thứ 1)

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診断前の温度

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		医師記入欄
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do Nishio phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Có / はい	Không / いいえ	
2	Hiện tại bé được hơn 2 tháng chưa? あなたのおさんは接種日において生後2か月以上ですか。	Có / はい	Không / いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ㏀ ㏁ ㏂ ㏃ ㏄ ㏅ ㏆ ㏇ ㏈ ㏉ ㏊ ㏋ ㏌ ㏍ ㏎ ㏏ ㏐ ㏑ ㏒ ㏓ ㏔ ㏕ ㏖ ㏗ ㏘ ㏙ ㏚ ㏛ ㏜ ㏝ ㏞ ㏟ ㏠ ㏡ ㏢ ㏣ ㏤ ㏥ ㏦ ㏧ ㏨ ㏩ ㏪ ㏫ ㏬ ㏭ ㏮ ㏯ ㏰ ㏱ ㏲ ㏳ ㏴ ㏵ ㏶ ㏷ ㏸ ㏹ ㏺ ㏻ ㏼ ㏽ ㏾ ㏿ 㐀 㐁 㐂 㐃 㐄 㐅 㐆 㐇 㐈 㐉 㐊 㐋 㐌 㐍 㐎 㐏 㐐 㐑 㐒 㐓 㐔 㐕 㐖 㐗 㐘 㐙 㐚 㐛 㐜 㐝 㐞 㐟 㐠 㐡 㐢 㐣 㐤 㐥 㐦 㐧 㐨 㐩 㐪 㐫 㐬 㐭 㐮 㐯 㐰 㐱 㐲 㐳 㐴 㐵 㐶 㐷 㐸 㐹 㐺 㐻 㐼 㐽 㐾 㐿 㑀 㑁 㑂 㑃 㑄 㑅 㑆 㑇 㑈 㑉 㑊 㑋 㑌 㑍 㑎 㑏 㑐 㑑 㑒 㑓 㑔 㑕 㑖 㑗 㑘 㑙 㑚 㑛 㑜 㑝 㑞 㑟 㑠 㑡 㑢 㑣 㑤 㑥 㑦 㑧 㑨 㑩 㑪 㑫 㑬 㑭 㑮 㑯 㑰 㑱 㑲 㑳 㑴 㑵 㑶 㑷 㑸 㑹 㑺 㑻 㑼 㑽 㑾 㑿 㒀 㒁 㒂 㒃 㒄 㒅 㒆 㒇 㒈 㒉 㒊 㒋 㒌 㒍 㒎 㒏 㒐 㒑 㒒 㒓 㒔 㒕 㒖 㒗 㒘 㒙 㒚 㒛 㒜 㒝 㒞 㒟 㒠 㒡 㒢 㒣 㒤 㒥 㒦 㒧 㒨 㒩 㒪 㒫 㒬 㒭 㒮 㒯 㒰 㒱 㒲 㒳 㒴 㒵 㒶 㒷 㒸 㒹 㒺 㒻 㒼 㒽 㒾 㒿 㓀 㓁 㓂 㓃 㓄 㓅 㓆 㓇 㓈 㓉 㓊 㓋 㓌 㓍 㓎 㓏 㓐 㓑 㓒 㓓 㓔 㓕 㓖 㓗 㓘 㓙 㓚 㓛 㓜 㓝 㓞 㓟 㓠 㓡 㓢 㓣 㓤 㓥 㓦 㓧 㓨 㓩 㓪 㓫 㓬 㓭 㓮 㓯 㓰 㓱 㓲 㓳 㓴 㓵 㓶 㓷 㓸 㓹 㓺 㓻 㓼 㓽 㓾 㓿 㔀 㔁 㔂 㔃 㔄 㔅 㔆 㔇 㔈 㔉 㔊 㔋 㔌 㔍 㔎 㔏 㔐 㔑 㔒 㔓 㔔 㔕 㔖 㔗 㔘 㔙 㔚 㔛 㔜 㔝 㔞 㔟 㔠 㔡 㔢 㔣 㔤 㔥 㔦 㔧 㔨 㔩 㔪 㔫 㔬 㔭 㔮 㔯 㔰 㔱 㔲 㔳 㔴 㔵 㔶 㔷 㔸 㔹 㔺 㔻 㔼 㔽 㔾 㔿 㕀 㕁 㕂 㕃 㕄 㕅 㕆 㕇 㕈 㕉 㕊 㕋 㕌 㕍 㕎 㕏 㕐 㕑 㕒 㕓 㕔 㕕 㕖 㕗 㕘 㕙 㕚 㕛 㕜 㕝 㕞 㕟 㕠 㕡 㕢 㕣 㕤 㕥 㕦 㕧 㕨 㕩 㕪 㕫 㕬 㕭 㕮 㕯 㕰 㕱 㕲 㕳 㕴 㕵 㕶 㕷 㕸 㕹 㕺 㕻 㕼 㕽 㕾 㕿 㖀 㖁 㖂 㖃 㖄 㖅 㖆 㖇 㖈 㖉 㖊 㖋 㖌 㖍 㖎 㖏 㖐 㖑 㖒 㖓 㖔 㖕 㖖 㖗 㖘 㖙 㖚 㖛 㖜 㖝 㖞 㖟 㖠 㖡 㖢 㖣 㖤 㖥 㖦 㖧 㖨 㖩 㖪 㖫 㖬 㖭 㖮 㖯 㖰 㖱 㖲 㖳 㖴 㖵 㖶 㖷 㖸 㖹 㖺 㖻 㖼 㖽 㖾 㖿 㗀 㗁 㗂 㗃 㗄 㗅 㗆 㗇 㗈 㗉 㗊 㗋 㗌 㗍 㗎 㗏 㗐 㗑 㗒 㗓 㗔 㗕 㗖 㗗 㗘 㗙 㗚 㗛 㗜 㗝 㗞 㗟 㗠 㗡 㗢 㗣 㗤 㗥 㗦 㗧 㗨 㗩 㗪 㗫 㗬 㗭 㗮 㗯 㗰 㗱 㗲 㗳 㗴 㗵 㗶 㗷 㗸 㗹 㗺 㗻 㗼 㗽 㗾 㗿 㘀 㘁 㘂 㘃 㘄 㘅 㘆 㘇 㘈 㘉 㘊 㘋 㘌 㘍 㘎 㘏 㘐 㘑 㘒 㘓 㘔 㘕 㘖 㘗 㘘 㘙 㘚 㘛 㘜 㘝 㘞 㘟 㘠 㘡 㘢 㘣 㘤 㘥 㘦 㘧 㘨 㘩 㘪 㘫 㘬 㘭 㘮 㘯 㘰 㘱 㘲 㘳 㘴 㘵 㘶 㘷 㘸 㘹 㘺 㘻 㘼 㘽 㘾 㘿 㙀 㙁 㙂 㙃 㙄 㙅 㙆 㙇 㙈 㙉 㙊 㙋 㙌 㙍 㙎 㙏 㙐 㙑 㙒 㙓 㙔 㙕 㙖 㙗 㙘 㙙 㙚 㙛 㙜 㙝 㙞 㙟 㙠 㙡 㙢 㙣 㙤 㙥 㙦 㙧 㙨 㙩 㙪 㙫 㙬 㙭 㙮 㙯 㙰 㙱 㙲 㙳 㙴 㙵 㙶 㙷 㙸 㙹 㙺 㙻 㙼 㙽 㙾 㙿 㚀 㚁 㚂 㚃 㚄 㚅 㚆 㚇 㚈 㚉 㚊 㚋 㚌 㚍 㚎 㚏 㚐 㚑 㚒 㚓 㚔 㚕 㚖 㚗 㚘 㚙 㚚 㚛 㚜 㚝 㚞 㚟 㚠 㚡 㚢 㚣 㚤 㚥 㚦 㚧 㚨 㚩 㚪 㚫 㚬 㚭 㚮 㚯 㚰 㚱 㚲 㚳 㚴 㚵 㚶 㚷 㚸 㚹 㚺 㚻 㚼 㚽 㚾 㚿 㜀 㜁 㜂 㜃 㜄 㜅 㜆 㜇 㜈 㜉 㜊 㜋 㜌 㜍 㜎 㜏 㜐 㜑 㜒 㜓 㜔 㜕 㜖 㜗 㜘 㜙 㜚 㜛 㜜 㜝 㜞 㜟 㜠 㜡 㜢 㜣 㜤 㜥 㜦 㜧 㜨 㜩 㜪 㜫 㜬 㜭 㜮 㜯 㜰 㜱 㜲 㜳 㜴 㜵 㜶 㜷 㜸 㜹 㜺 㜻 㜼 㜽 㜾 㜿 㝀 㝁 㝂 㝃 㝄 㝅 㝆 㝇 㝈 㝉 㝊 㝋 㝌 㝍 㝎 㝏 㝐 㝑 㝒 㝓 㝔 㝕 㝖 㝗 㝘 㝙 㝚 㝛 㝜 㝝 㝞 㝟 㝠 㝡 㝢 㝣 㝤 㝥 㝦 㝧 㝨 㝩 㝪 㝫 㝬 㝭 㝮 㝯 㝰 㝱 㝲 㝳 㝴 㝵 㝶 㝷 㝸 㝹 㝺 㝻 㝼 㝽 㝾 㝿 㞀 㞁 㞂 㞃 㞄 㞅 㞆 㞇 㞈 㞉 㞊 㞋 㞌 㞍 㞎 㞏 㞐 㞑 㞒 㞓 㞔 㞕 㞖 㞗 㞘 㞙 㞚 㞛 㞜 㞝 㞞 㞟 㞠 㞡 㞢 㞣 㞤 㞥 㞦 㞧 㞨 㞩 㞪 㞫 㞬 㞭 㞮 㞯 㞰 㞱 㞲 㞳 㞴 㞵 㞶 㞷 㞸 㞹 㞺 㞻 㞼 㞽 㞾 㞿 㟀 㟁 㟂 㟃 㟄 㟅 㟆 㟇 㟈 㟉 㟊 㟋 㟌 㟍 㟎 㟏 㟐 㟑 㟒 㟓 㟔 㟕 㟖 㟗 㟘 㟙 㟚 㟛 㟜 㟝 㟞 㟟 㟠 㟡 㟢 㟣 㟤 㟥 㟦 㟧 㟨 㟩 㟪 㟫 㟬 㟭 㟮 㟯 㟰 㟱 㟲 㟳 㟴 㟵 㟶 㟷 㟸 㟹 㟺 㟻 㟼 㟽 㟾 㟿 㠀 㠁 㠂 㠃 㠄 㠅 㠆 㠇 㠈 㠉 㠊 㠋 㠌 㠍 㠎 㠏 㠐 㠑 㠒 㠓 㠔 㠕 㠖 㠗 㠘 㠙 㠚 㠛 㠜 㠝 㠞 㠟 㠠 㠡 㠢 㠣 㠤 㠥 㠦 㠧 㠨 㠩 㠪 㠫 㠬 㠭 㠮 㠯 㠰 㠱 㠲 㠳 㠴 㠵 㠶 㠷 㠸 㠹 㠺 㠻 㠼 㠽 㠾 㠿 㡀 㡁 㡂 㡃 㡄 㡅 㡆 㡇 㡈 㡉 㡊 㡋 㡌 㡍 㡎 㡏 㡐 㡑 㡒 㡓 㡔 㡕 㡖 㡗 㡘 㡙 㡚 㡛 㡜 㡝 㡞 㡟 㡠 㡡 㡢 㡣 㡤 㡥 㡦 㡧 㡨 㡩 㡪 㡫 㡬 㡭 㡮 㡯 㡰 㡱 㡲 㡳 㡴 㡵 㡶 㡷 㡸 㡹 㡺 㡻 㡼 㡽 㡾 㡿 㢀 㢁 㢂 㢃 㢄 㢅 㢆 㢇 㢈 㢉 㢊 㢋 㢌 㢍 㢎 㢏 㢐 㢑 㢒 㢓 㢔 㢕 㢖 㢗 㢘 㢙 㢚 㢛 㢜 㢝 㢞 㢟 㢠 㢡 㢢 㢣 㢤 㢥 㢦 㢧 㢨 㢩 㢪 㢫 㢬 㢭 㢮 㢯 㢰 㢱 㢲 㢳 㢴 㢵 㢶 㢷 㢸 㢹 㢺 㢻 㢼 㢽 㢾 㢿 㣀 㣁 㣂 㣃 㣄 㣅 㣆 㣇 㣈 㣉 㣊 㣋 㣌 㣍 㣎 㣏 㣐 㣑 㣒 㣓 㣔 㣕 㣖 㣗 㣘 㣙 㣚 㣛 㣜 㣝 㣞 㣟 㣠 㣡 㣢 㣣 㣤 㣥 㣦 㣧 㣨 㣩 㣪 㣫 㣬 㣭 㣮 㣯 㣰 㣱 㣲 㣳 㣴 㣵 㣶 㣷 㣸 㣹 㣺 㣻 㣼 㣽 㣾 㣿 㤀 㤁 㤂 㤃 㤄 㤅 㤆 㤇 㤈 㤉 㤊 㤋 㤌 㤍 㤎 㤏 㤐 㤑 㤒 㤓 㤔 㤕 㤖 㤗 㤘 㤙 㤚 㤛 㤜 㤝 㤞 㤟 㤠 㤡 㤢 㤣 㤤 㤥 㤦 㤧 㤨 㤩 㤪 㤫 㤬 㤭 㤮 㤯 㤰 㤱 㤲 㤳 㤴 㤵 㤶 㤷 㤸 㤹 㤺 㤻 㤼 㤽 㤾 㤿 㥀 㥁 㥂 㥃 㥄 㥅 㥆 㥇 㥈 㥉 㥊 㥋 㥌 㥍 㥎 㥏 㥐 㥑 㥒 㥓 㥔 㥕 㥖 㥗 㥘 㥙 㥚 㥛 㥜 㥝 㥞 㥟 㥠 㥡 㥢 㥣 㥤 㥥 㥦 㥧 㥨 㥩 㥪 㥫 㥬 㥭 㥮 㥯 㥰 㥱 㥲 㥳 㥴 㥵 㥶 㥷 㥸 㥹 㥺 㥻 㥼 㥽 㥾 㥿 㦀 㦁 㦂 㦃 㦄 㦅 㦆 㦇 㦈 㦉 㦊 㦋 㦌 㦍 㦎 㦏 㦐 㦑 㦒 㦓 㦔 㦕 㦖 㦗 㦘 㦙 㦚 㦛 㦜 㦝 㦞 㦟 㦠 㦡 㦢 㦣 㦤 㦥 㦦 㦧 㦨 㦩 㦪 㦫 㦬 㦭 㦮 㦯 㦰 㦱 㦲 㦳 㦴 㦵 㦶 㦷 㦸 㦹 㦺 㦻 㦼 㦽 㦾 㦿 㧀 㧁 㧂 㧃 㧄 㧅 㧆 㧇 㧈 㧉 㧊 㧋 㧌 㧍 㧎 㧏 㧐 㧑 㧒 㧓 㧔 㧕 㧖 㧗 㧘 㧙 㧚 㧛 㧜 㧝 㧞 㧟 㧠 㧡 㧢 㧣 㧤 㧥 㧦 㧧 㧨 㧩 㧪 㧫 㧬 㧭 㧮 㧯 㧰 㧱 㧲 㧳 㧴 㧵 㧶 㧷 㧸 㧹 㧺 㧻 㧼 㧽 㧾 㧿 㨀 㨁 㨂 㨃 㨄 㨅 㨆 㨇 㨈 㨉 㨊 㨋 㨌 㨍 㨎 㨏 㨐 㨑 㨒 㨓 㨔 㨕 㨖 㨗 㨘 㨙 㨚 㨛 㨜 㨝 㨞 㨟 㨠 㨡 㨢 㨣 㨤 㨥 㨦 㨧 㨨 㨩 㨪 㨫 㨬 㨭 㨮 㨯 㨰 㨱 㨲 㨳 㨴 㨵 㨶 㨷 㨸 㨹 㨺 㨻 㨼 㨽 㨾 㨿 㩀 㩁 㩂 㩃 㩄 㩅 㩆 㩇 㩈 㩉 㩊 㩋 㩌 㩍 㩎 㩏 㩐 㩑 㩒 㩓 㩔 㩕 㩖 㩗 㩘 㩙 㩚 㩛 㩜 㩝 㩞 㩟 㩠 㩡 㩢 㩣 㩤 㩥 㩦 㩧 㩨 㩩 㩪 㩫 㩬 㩭 㩮 㩯 㩰 㩱 㩲 㩳 㩴 㩵 㩶 㩷 㩸 㩹 㩺 㩻 㩼 㩽 㩾 㩿 㪀 㪁 㪂 㪃 㪄 㪅 㪆 㪇 㪈 㪉 㪊 㪋 㪌 㪍 㪎 㪏 㪐 㪑 㪒 㪓 㪔 㪕 㪖 㪗 㪘 㪙 㪚 㪛 㪜 㪝 㪞 㪟 㪠 㪡 㪢 㪣 㪤 㪥 㪦 㪧 㪨 㪩 㪪 㪫 㪬 㪭 㪮 㪯 㪰 㪱 㪲 㪳 㪴 㪵 㪶 㪷 㪸 㪹 㪺 㪻 㪼 㪽 㪾 㪿 㫀 㫁 㫂 㫃 㫄 㫅 㫆 㫇 㫈 㫉 㫊 㫋 㫌 㫍 㫎 㫏 㫐 㫑 㫒 㫓 㫔 㫕 㫖 㫗 㫘 㫙 㫚 㫛 㫜 㫝 㫞 㫟 㫠 㫡 㫢 㫣 㫤 㫥 㫦 㫧 㫨 㫩 㫪 㫫 㫬 㫭 㫮 㫯 㫰 㫱 㫲 㫳 㫴 㫵 㫶 㫷 㫸 㫹 㫺 㫻 㫼 㫽 㫾 㫿 㬀 㬁 㬂 㬃 㬄 㬅 㬆 㬇 㬈 㬉 㬊 㬋 㬌 㬍 㬎 㬏 㬐 㬑 㬒 㬓 㬔 㬕 㬖 㬗 㬘 㬙 㬚 㬛 㬜 㬝 㬞 㬟 㬠 㬡 㬢 㬣 㬤 㬥 㬦 㬧 㬨 㬩 㬪 㬫 㬬 㬭 㬮 㬯 㬰 㬱 㬲 㬳 㬴 㬵 㬶 㬷 㬸 㬹 㬺 㬻 㬼 㬽 㬾 㬿 㭀 㭁 㭂 㭃 㭄 㭅 㭆 㭇 㭈 㭉 㭊 㭋 㭌 㭍 㭎 㭏 㭐 㭑 㭒 㭓 㭔 㭕 㭖 㭗 㭘 㭙 㭚 㭛 㭜 㭝 㭞 㭟 㭠 㭡 㭢 㭣 㭤 㭥 㭦 㭧 㭨 㭩 㭪 㭫 㭬 㭭 㭮 㭯 㭰 㭱 㭲 㭳 㭴 㭵 㭶 㭷 㭸 㭹 㭺 㭻 㭼 㭽 㭾 㭿 㮀 㮁 㮂 㮃 㮄 㮅 㮆 㮇 㮈 㮉 㮊 㮋 㮌 㮍 㮎 㮏 㮐 㮑 㮒 㮓 㮔 㮕 㮖 㮗 㮘 㮙 㮚 㮛 㮜 㮝 㮞 㮟 㮠 㮡 㮢 㮣 㮤 㮥 㮦 㮧 㮨 㮩 㮪 㮫 㮬 㮭 㮮 㮯 㮰 㮱 㮲 㮳 㮴 㮵 㮶 㮷 㮸 㮹 㮺 㮻 㮼 㮽 㮾 㮿 㯀 㯁 㯂 㯃 㯄 㯅 㯆 㯇 㯈 㯉 㯊 㯋 㯌 㯍 㯎 㯏 㯐 㯑 㯒 㯓 㯔 㯕 㯖 㯗 㯘 㯙 㯚 㯛 㯜 㯝 㯞 㯟 㯠 㯡 㯢 㯣 㯤 㯥 㯦 㯧 㯨 㯩 㯪 㯫 㯬 㯭 㯮 㯯 㯰 㯱 㯲 㯳 㯴 㯵 㯶 㯷 㯸 㯹 㯺 㯻 㯼 㯽 㯾 㯿 㰀 㰁 㰂 㰃 㰄 㰅 㰆 㰇 㰈 㰉 㰊 㰋 㰌 㰍 㰎 㰏 㰐 㰑 㰒 㰓 㰔 㰕 㰖 㰗 㰘 㰙 㰚 㰛 㰜 㰝 㰞 㰟 㰠 㰡 㰢 㰣 㰤 㰥 㰦 㰧 㰨 㰩 㰪 㰫 㰬 㰭 㰮 㰯 㰰 㰱 㰲 㰳 㰴 㰵 㰶 㰷 㰸 㰹 㰺 㰻 㰼 㰽 㰾 㰿 㱀 㱁 㱂 㱃 㱄 㱅 㱆 㱇 㱈 㱉 㱊 㱋 㱌 㱍 㱎 㱏 㱐 㱑 㱒 㱓 㱔 㱕 㱖 㱗 㱘 㱙 㱚 㱛 㱜 㱝 㱞 㱟 㱠 㱡 㱢 㱣 㱤 㱥 㱦 㱧 㱨 㱩 㱪 㱫 㱬 㱭 㱮 㱯 㱰 㱱 㱲 㱳 㱴 㱵 㱶 㱷 㱸 㱹 㱺 㱻 㱼 㱽 㱾 㱿 㲀 㲁 㲂 㲃 㲄 㲅 㲆 㲇 㲈 㲉 㲊 㲋 㲌 㲍 㲎 㲏 㲐 㲑 㲒 㲓 㲔 㲕 㲖 㲗 㲘 㲙 㲚 㲛 㲜 㲝 㲞 㲟 㲠 㲡 㲢 㲣 㲤 㲥 㲦 㲧 㲨 㲩 㲪 㲫 㲬 㲭 㲮 㲯 㲰 㲱 㲲 㲳 㲴 㲵 㲶 㲷 㲸 㲹 㲺 㲻 㲼 㲽 㲾 㲿 㳀 㳁 㳂 㳃 㳄 㳅 㳆 㳇 㳈 㳉 㳊 㳋 㳌 㳍 㳎 㳏 㳐 㳑 㳒 㳓 㳔 㳕 㳖 㳗 㳘 㳙 㳚 㳛 㳜 㳝 㳞 㳟 㳠 㳡 㳢 㳣 㳤 㳥 㳦 㳧 㳨 㳩 㳪 㳫 㳬 㳭 㳮 㳯 㳰 㳱 㳲 㳳 㳴 㳵 㳶 㳷 㳸 㳹 㳺 㳻 㳼 㳽 㳾 㳿 㴀 㴁 㴂 㴃 㴄 㴅 㴆 㴇 㴈 㴉 㴊 㴋 㴌 㴍 㴎 㴏 㴐 㴑 㴒 㴓 㴔 㴕 㴖 㴗 㴘 㴙 㴚 㴛 㴜 㴝 㴞 㴟 㴠 㴡 㴢 㴣 㴤 㴥 㴦 㴧 㴨 㴩 㴪 㴫 㴬 㴭 㴮 㴯 㴰 㴱 㴲 㴳 㴴 㴵 㴶 㴷 㴸 㴹 㴺 㴻 㴼 㴽 㴾 㴿 㵀 㵁 㵂 㵃 㵄 㵅 㵆 㵇 㵈 㵉 㵊 㵋 㵌 㵍 㵎 㵏 㵐 㵑 㵒 㵓 㵔 㵕 㵖 㵗 㵘 㵙 㵚 㵛 㵜 㵝 㵞 㵟 㵠 㵡 㵢 㵣 㵤 㵥 㵦 㵧 㵨 㵩 㵪 㵫 㵬 㵭 㵮 㵯 㵰 㵱 㵲 㵳 㵴 㵵 㵶 㵷 㵸 㵹 㵺 㵻 㵼 㵽 㵾 㵿 㶀 㶁 㶂 㶃 㶄 㶅 㶆 㶇 㶈 㶉 㶊 㶋 㶌 㶍 㶎 㶏 㶐 㶑 㶒 㶓 㶔 㶕 㶖 㶗 㶘 㶙 㶚 㶛 㶜 㶝 㶞 㶟 㶠 㶡 㶢 㶣 㶤 㶥 㶦 㶧 㶨 㶩 㶪 㶫 㶬 㶭 㶮 㶯 㶰 㶱 㶲 㶳 㶴 㶵 㶶 㶷 㶸 㶹 㶺 㶻 㶼 㶽 㶾 㶿 㷀 㷁 㷂 㷃 㷄 㷅 㷆 㷇 㷈 㷉 㷊 㷋 㷌 㷍 㷎 㷏 㷐 㷑 㷒 㷓 㷔 㷕 㷖 㷗 㷘 㷙 㷚 㷛 㷜 㷝 㷞 㷟 㷠 㷡 㷢 㷣 㷤 㷥 㷦 㷧 㷨 㷩 㷪 㷫 㷬 㷭 㷮 㷯 㷰 㷱 㷲 㷳 㷴 㷵 㷶 㷷 㷸 㷹 㷺 㷻 㷼 㷽 㷾 㷿 㸀 㸁 㸂 㸃 㸄 㸅 㸆 㸇 㸈 㸉 㸊 㸋 㸌 㸍 㸎 㸏 㸐 㸑 㸒 㸓 㸔 㸕 㸖 㸗 㸘 㸙 㸚 㸛 㸜 㸝 㸞 㸟 㸠 㸡 㸢 㸣 㸤 㸥 㸦 㸧 㸨 㸩 㸪 㸫 㸬 㸭 㸮 㸯 㸰 㸱 㸲 㸳 㸴 㸵 㸶 㸷 㸸 㸹 㸺 㸻 㸼 㸽 㸾 㸿 㹀 㹁 㹂 㹃 㹄 㹅 㹆 㹇 㹈 㹉 㹊 㹋 㹌 㹍 㹎 㹏 㹐 㹑 㹒 㹓 㹔 㹕 㹖 㹗 㹘 㹙 㹚 㹛 㹜 㹝 㹞 㹟 㹠 㹡 㹢 㹣 㹤 㹥 㹦 㹧 㹨 㹩 㹪 㹫 㹬 㹭 㹮 㹯 㹰 㹱 㹲 㹳 㹴 㹵 㹶 㹷 㹸 㹹 㹺 㹻 㹼 㹽 㹾 㹿 㺀 㺁 㺂 㺃 㺄 㺅 㺆 㺇 㺈 㺉 㺊 㺋 㺌 㺍 㺎 㺏 㺐 㺑 㺒 㺓 㺔 㺕 㺖 㺗 㺘 㺙 㺚 㺛 㺜 㺝 㺞 㺟 㺠 㺡 㺢 㺣 㺤 㺥 㺦 㺧 㺨 㺩 㺪 㺫 㺬 㺭 㺮 㺯 㺰 㺱 㺲 㺳 㺴 㺵 㺶 㺷 㺸 㺹 㺺 㺻 㺼 㺽 㺾 㺿 㻀 㻁 㻂 㻃 㻄 㻅 㻆 㻇 㻈 㻉 㻊 㻋 㻌 㻍 㻎 㻏 㻐 㻑 㻒 㻓 㻔 㻕 㻖 㻗 㻘 㻙 㻚 㻛 㻜 㻝 㻞 㻟 㻠 㻡 㻢 㻣 㻤 㻥 㻦 㻧 㻨 㻩 㻪 㻫 㻬 㻭 㻮 㻯 㻰 㻱 㻲 㻳 㻴 㻵 㻶 㻷 㻸 㻹 㻺 㻻 㻼 㻽 㻾 㻿 㼀 㼁 㼂 㼃 㼄 㼅 㼆 㼇 㼈 㼉 㼊 㼋 㼌 㼍 㼎 㼏 㼐 㼑 㼒 㼓 㼔 㼕 㼖 㼗 㼘 㼙 㼚 㼛			

Địa chỉ 住所	見本		接種可能期間			
			整理番号			
Nghiên tên katakana フリガナ		Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号			
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	Năm 年	tháng 月	ngày 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名				Đầy 歳	tuổi 満	tháng ヵ月

Phieu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng, Bảng yêu cầu tiêm chủng viêm gan siêu vi B [lần thứ 2]

Nhiệt độ trước khi khám
診断前の温度

C

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		医師記入欄
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do Nishio phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Có はい	Không いいえ	
2	Tiêm chủng viêm gan siêu vi B lần thứ 1 khi nào? B型肝炎 1 回目はいつ接種しましたか。(năm 年 tháng 月 ngày 日) Từ lần thứ 1 tiêm chủng được bao nhiêu ngày rồi? [thời gian từ lần tiêm chủng lần thứ 1 tới lần tiêm chủng tiếp theo phải cất 27 ngày] B型肝炎 1 回目から何日あいていますか。(27 日以上の間隔があいていないとできません。)(日 ngày)			
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vì 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () kg Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか	Có はい	Không いいえ	
	Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか	Có はい	Không いいえ	
	Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có はい	Không いいえ	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください)	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lãnh Bệnh いつ治りましたか (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? [1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。] Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? [1 カ月以内に予防接種を受けましたか。] Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? [生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。] Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
	Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? 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	Có はい	Không いいえ	
	Có bị lên cơn co giật lần nào không? [今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。]	Có はい	Không いいえ	
9	Lúc nào: 最終 (年 / năm 月 / tháng 日 / ngày) Lúc đó có phát sốt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị đi ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] [薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。] Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina ngoài ra ...)	Có はい	Không いいえ	
11	Có bị đi ứng cao su không [latex]? ラテックス過敏症ですか	Có はい	Không いいえ	
12	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? [今までに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。] Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
13	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種をうけて具合が悪くなった人はいますか。 Tên thuốc 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
15	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
16	Sau khi sinh, để phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con có từng tiêm chủng Viêm gan siêu vi B không? 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	Có はい	Không いいえ	
17	Quý vị cần những thông tin gì thêm về tiêm chủng hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

醫師署名 Chũ ký bác sĩ:

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
 (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)
 (muốn / 同意します) / không muốn / 同意しません)
 Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
 (この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。) Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
組み換え沈降B型肝炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限	接種年月日	
(注)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応の果物等(バナナ、キウイ、アボカド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。 Latex là một bệnh mẫn cảm với đồ có chất cao su. Nó u đúng bao tay cao su và ăn [Chuối, kiwi, bơ, dứa v.v...] mà bị dị ứng có thể là do bệnh latex. (注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでない場合があります。 Gamma globulin là 1 loại thuốc Phòng ngừa nhiễm viêm gan A và các viêm trùng khác trong vòng 3-6 tháng có tiêm Gamma globulin, tiêm Phòng lây nhiễm sẽ không có tác dụng			
【医療機関控え】		B型肝炎 1回目	☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)
被接種者	住所 氏名	生年月日	平成 年 月 日生
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
組み換え沈降B型肝炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No.	有効期限	接種年月日	

[Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください]

【個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所	見 本	接種可能期間	
		整理番号	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	Năm tháng ngày 年 月 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名			Đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

問診票 処方箋 (B型肝炎予防接種予診票兼接種依頼書【3回目】)
処方箋 疾病発生前検査票, 検査結果 疾病発生前検査票 (B型肝炎ウイルス) 【第3回】

※ 本病院内で検温を行うため、保護者は検温する必要はありません

検温前の温度 診断前の温度	℃
------------------	---

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		医師記入欄
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do Nishio phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Có	Không	
2	Tiêm chủng viêm gan siêu vi B lần thứ 1 khi nào? B型肝炎 1 回目はいつ接種しましたか (năm 年 tháng 月 ngày 日) [thời gian từ lần tiêm chủng lần thứ 1 tới tiêm chủng lần này phải cách 139 ngày] (139 日以上の間隔があいていないと接種できません)	Có	Không	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () kg Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか	Có	Không	
	Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか	Có	Không	
	Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có	Không	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください)	Có	Không	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月 / tháng 日 / ngày)	Có	Không	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? [1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。] Tên bệnh 病名 ()	Có	Không	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? [1 カ月以内に予防接種を受けましたか。] Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có	Không	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? [生まれてから今までに特別な病気に (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。] Tên bệnh 病名 ()	Có	Không	見 本
	Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? 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	Có	Không	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? [今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。] Lúc nào 最終 (年 / năm 月 / tháng 日 / ngày)	Có	Không	
	Lúc đó có phát sốt không? そのとき熱がでましたか	Có	Không	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] [薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。] Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina, ngoài ra...)	Có	Không	
11	Có bị dị ứng cao su không [latex]? Latex 過敏症ですか	Có	Không	
12	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? [これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。] Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có	Không	
13	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có	Không	
14	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種をうけて具合が悪くなった人はいますか。 Tên thuốc 予防接種名 ()	Có	Không	
15	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có	Không	
16	Sau khi sinh, để phòng ngừa lây truyền từ mẹ sang con có từng tiêm chủng Viêm gan siêu vi B không? 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	Có	Không	
17	Quý vị cần những thông tin gì thêm về tiêm chủng hôm nay không? 今日予防接種について質問がありますか	Có	Không	

医師記入欄 医師が記入してください。

Những câu hỏi khám và kết quả chẩn đoán bệnh trên, việc tiêm chủng hôm nay là (được 実施できる・ hoãn lại 見合わせる)

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・ 見合わせる)

Đã giải thích về hiệu quả của tiêm, phản ứng phụ và chế độ bảo hiểm do hậu quả tiêm chủng

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名 Chữ ký bác sĩ:

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, cô mong muốn tiếp tục tiêm chủng không

【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】

(muốn 同意します) / không muốn 同意しません)

Phieu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

【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。 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
組み換え沈降 B 型肝炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限: 0.25ml	接種年月日

(注) ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応の果物等(バナナ、キウイ、アボカド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

Latex là một bệnh mẫn cảm với đồ có chất cao su. Nếu dùng bao tay cao su và ăn [Chuối, kiwi, bơ, dứa vv...] mà bị dị ứng có thể là do bệnh latex.

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を 3〜6 月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果に十分にはかからないことがあります。

Gamma globulin là 1 loại thuốc Phòng ngừa nhiễm viêm gan A và các viêm trùng khác trong vòng 3-6 tháng có tiêm Gamma globulin. tiêm Phòng lần này sẽ không có tác dụng

【医療機関控え】		B 型肝炎 1 回目	☐ 接種実施	☐ 接種見合わせ (予診のみ)	【個別接種】
被接種者	住所 氏名	生年月日	平成 年 月 日生		
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所			
組み換え沈降 B 型肝炎ワクチン	皮下接種	医師名			
Lot No.	有効期限: 0.25ml	接種年月日			

【tiêm chủng cá nhân 個別接種】 ベトナム語版

Địa chỉ 住所			Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
			整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ	見本	Giới tính	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名				

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt Hib(vắc xin hợp 5 loại)-Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng

ジフテリア百日せき破傷風ポリオヒブ（５種混合）予防接種予診票兼接種依頼票（西尾市）【１期初回１回目　kỳ đầu tiên lần thứ 1】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé		Nhiệt độ trước khi khám 診察前の体温		℃	
Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】	
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ		
2	Ngày đi tiêm chủng của con quý vị từ khi sinh ra được hơn 2 tháng chưa? (Trẻ em sinh ra chưa được 2 tháng không được sự dụng) あなたのお子さんは、接種日において生後2か月以上ですか。(生後2か月未満のお子さんは使用できません)	Có はい	Không いいえ		
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () kg Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか	Có あった	Không なかった		
3	Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか	Có あった	Không なかった		
3	Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có ある	Không ない		
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ		
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近1か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ		
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ		
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病气(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病气)にかかり医師の診察をうけていますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ		
8	Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không?その病気を診てもらって医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ		
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không?今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 () 年/năm () 月/tháng () 日/ngày Lúc đó có phát nhiệt không?そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ		
10	Có bị đi ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。	Có はい	Không いいえ		
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không?これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない		
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ		
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ		
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ		
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không?今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ		

医師記入欄。

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không.
 【医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
 (muốn / đồng ý) / không muốn / không muốn)
 Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
 【この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。】 Chữ ký phụ huynh, bảo vệ tự nguyện

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
	皮下接種・筋肉内接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。			
【医療機関控え】 5 種混合 1 期初回 1 回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ (予診のみ)			
被接種者	住所		
	氏名		生年月日 年 月 日

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
	皮下接種・筋肉内接種	医師名	
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日	

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください 【tiêm chủng cá nhân 個別接種】 ベトナム語版

Địa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
		整理番号 số sê-ri	
Nghe tên katakana フリガナ		Giới tính	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Điện thoại 電話番号	
Tên phụ huynh 保護者の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt Hib(vắc xin hợp 5 loại) Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ジフテリア百日せき破傷風ポリオヒブ(5種混合)予防接種予診票兼接種依頼票(西海市)【1期初回 2回目 期 1 đầu tiên lần thứ 2】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vắc xin hợp 5 loại lần thứ 1 tiêm lúc nào? 5種混合1回目はいつ接種しましたか	(năm /年 tháng /月 ngày /日)		
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị ạ bạn của em bé có đi tiêm chủng không? 今日のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tím, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病气(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病气)にかかり医師の診察をうけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている(原因)今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	見 本
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 ()年/năm 月/tháng 日/ngày Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

【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。 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 5種混合 1期初回 2回目接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所 氏名	生年月日	年 月 日
------	----------	------	-------

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
		整理番号 số sê-ri	
Nghĩ tên katakana フリガナ		Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名			đầy tuổi tháng (満 歳 か月)

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vắc xin hợp 5 loại lần thứ 2 tiêm lúc nào? 5種混合2回目はいつ接種しましたか	(năm/年 tháng/月 ngày/日)		
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近1カ月以内に病気になるかかりましたか Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気（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。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか	Có はい	Không いいえ	本
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年/năm 月/tháng 日/ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄 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 / 見合わせる) 保護者に対して、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、説明をした。 医師署名
--

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn / đồng ý) / không muốn / (không muốn) / (同意します) / (同意しません)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi khi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。】 Chữ ký phụ huynh / 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
	皮下接種・筋肉内接種	医師名	
Lot No.	0.5ml	接種年月日	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 5 種混合 1 期初回 3 回目接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被 接 種 者	住 所			
	氏 名	生年月日	年	月 日

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
	皮下接種・筋肉内接種	医師名	
Lot No	有効期限	接種年月日	

※Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください 【tiêm chủng cá nhân 個別接種】 ペトナム語版

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間 整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt Hib(vắc xin hợp 5 loại) Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ジフテリア百日せき破傷風ポリオヒブ(5種混合)予防接種予診票兼接種依頼票(西尾市)【1期追加 き 1 追加】

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vắc xin hợp 5 loại lần thứ 3 tiêm lúc nào ? 5種混合3回目はいつ接種しましたか	(năm /年 tháng /月 ngày /日)		
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị và của con quý vị về tình trạng sinh ra nặng nhẹ () Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近1カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh (病名) ()	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh (病名) ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病气(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病气)にかかり医師の診察をうけていますか。 Tên bệnh (病名) () Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không?その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không?今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lúc nào cuối (年 / năm 月 / tháng 日 / ngày) Lúc đó có phát nhiệt không?そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không?これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không?今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn [同意します] / không muốn [同意しません])

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là báo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【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。【 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
Lot No	皮下接種・筋肉内接種 0.5ml	医師名 接種年月日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】 5種混合 1期 追加接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所 氏名	生年月日	年 月 日
------	----------	------	-------

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
Lot No	皮下接種・筋肉内接種 有効期限 0.5ml	医師名 接種年月日

Địa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chung 接種可能期間		
		整理番号 số sê-ri		
Nghe tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chung 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名				

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt (vắc xin hợp 4 loại) Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng

ジフテリア百日せき破傷風ポリオ(4種混合)予防接種予診票兼接種依頼票(西尾市)【1期初回1回目 期 1 đầu tiên lần thứ 1】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Ngày đi tiêm chủng của con quý vị từ khi sinh ra được hơn 3 tháng chưa? (Trẻ em sinh ra chưa được 3 tháng không được sử dụng) あなたのお子さんは、接種日において生後3か月以上ですか(生後3か月未満のお子さんは使用できません)	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか	Có あった	Không なかった	
	Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか	Có あった	Không なかった	
	Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	Có ある	Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近1か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày tri lãnh Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
	Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】(muốn / 同意します) / không muốn / 同意しません)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.(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。) Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】 4種混合 1期初回 1回目 接種実施 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	年 月 日
氏名			

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

見
本

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください 【tiêm chủng cá nhân 個別接種】 ベトナム語版

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
		整理番号 số sê-ri	
Nghe tên katakana フリガナ		Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名			

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt (vắc xin hợp 4 loại) Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ジフテリア百日せき破傷風ポリオ(4種混合)予防接種予診票兼接種依頼票(西尾市)【1期初回 2 回目 期 1 lần đầu tiên lần thứ 2 】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vắc xin hợp 4 loại lần thứ 1 tiêm lúc nào? 4種混合1回目はいつ接種しましたか (năm /年 tháng /月 ngày /日) Vắc xin hợp 4 loại từ lần thứ 1 cách mấy ngày rồi? (Khoảng thời gian từ lần tiêm chủng này tới lần tiêm chủng tiếp theo là 20 ngày) 4種混合1回目から何日あいていますか (20日以上の間隔があいていないと接種できません) (ngày /日)			
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? 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	Có はい Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年 / năm 月 / tháng 日 / ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品（trứng, gelatina ngoài ra...） ()	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn / 同意します) / không muốn / 同意しません)

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

【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。 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に不出ないことがあります。			
【医療機関控え】 4種混合 1期初回 2回目接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)			
被接種者	住所 氏名	生年月日	日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日	

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名		đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)	

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt (vắc xin hợp 4 loại) Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ジフテリア百日せき破傷風ポリオ(4種混合)予防接種予診票兼接種依頼票(西尾市)【1 期初回 3 回目 期 1 đầu tiên lần thứ 3】

※ Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé	Nhiệt độ trước khi khám 診察前の体温	℃
--	-----------------------------------	---

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Vắc xin hợp 4 loại lần thứ 2 tiêm lúc nào? 4 種混合 2 回目はいつ接種しましたか (năm / 年 tháng / 月 ngày / 日) Vắc xin hợp 4 loại lần thứ 2 cách mấy ngày rồi ? (Khoảng thời gian từ lần tiêm chủng này tới lần tiêm chủng tiếp theo là 20 ngày) 4 種混合 2 回目から何日あいていますか (20 日以上の間隔があいていないと接種できません) (ngày / 日)			
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月 / 月 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / 月 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không?その病気を診てもらって予防接種を今日受けてよいといわれましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	見一本
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年 / 年 月 / 月 日 / 日) Lúc đó có phát nhiệt không?そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (鶏肉、鶏卵など) (月 / 月 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không?今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄
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 / 見合わせる)
保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
【同意】 (同意します) / 【不同意】 (同意しません)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố .
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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用 ワクチン 名	接種 方法・量	実施 場所
4 種混合 ワクチン	皮下接種	医師 名
Lot No	0.5ml	接種 年月 日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を 3〜6 カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。		
【医療機関控え】 4 種混合 1 期初回 3 回目 □ 接種実施 □ 接種見合わせ (予診のみ)		
被 接 種 者	住 所 氏 名	生 年 月 日
使用 ワクチン 名	接種 方法/量	実施 場所
4 種混合 ワクチン	皮下接種	医師 名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種 年月 日

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください 【tiêm chủng cá nhân 個別接種】 ベトナム語版

Dịa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
		整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ	Giới tính 性別	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生 đầy tuổi tháng (満 歳 ヲ月)

Bạch hầu ho gà uốn ván bại liệt (vắc xin hợp 4 loại) Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ジフテリア百日せき破傷風ポリオ(4種混合)予防接種予診票兼接種依頼票(西尾市)【1期追加 きり 1 thêm】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		【医師記入欄】
		Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか			
2	Vắc xin hợp 4 loại lần thứ 3 tiêm lúc nào ? 4 種混合 3 回目はいつ接種しましたか (năm / 年 tháng / 月 ngày / 日) Từ lần thứ 3 cách hơn 1 năm chưa? 4 種混合 3 回目から 1 年以上あいていますか			
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () kg Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có はい	Không いいえ	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau 具合の悪い症状を書いてください ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lãnh Bệnh いつ治りましたか (月 / 月 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 【1 カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / 月 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thần, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気(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。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって、予防接種をうけてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Lúc nào 最終 (年 / 年 月 / 月 日 / 日) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không? [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không

【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

【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。 Chử ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 4種混合 1期追加接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)		
被接種者	住所 氏名	生年月日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限 0.5ml	接種年月日

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください

【tiêm chủng cá nhân 個別接種ベトナム語】

Địa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
		整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Điện thoại 電話番号	
Tên phụ huynh 保護者の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm ano tháng més ngày cia 日生 đầy tuổi tháng anos (満 歳 か月)

BCG 予防接種予診票 兼 接種依頼票 (西尾市)

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Tiêm chủng lần này có đúng theo kỳ hạn trong giấy cho phép đi tiêm chủng không? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください) ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt phát ban, thủy đậu, quai bị không? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	từ khi bé sinh ra trong gia đình có ai bị bệnh lao không? 生まれてから今までに家族などの身の回りに結核にかかった方がいましたか。	Có はい	Không いいえ	
8	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
9	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không)? 【生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか。】 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 【今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。】 Lúc nào: 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
11	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 【薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。】 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina ngoài ra...) ()	Có はい	Không いいえ	
12	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
13	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
15	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
16	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄:

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 / 見合わせる)
保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn【同意します】 / không muốn【同意しません】)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
経皮接種用乾燥 BCG ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。			
【医療機関控え】 BCG ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ (予診のみ)			
接種者	住所 氏名	生年月日	
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
経皮接種用乾燥 BCG ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効 期限 0.5ml	接種年月日	

見
本

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください

【tiêm chủng cá nhân 個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生
Tên phụ huynh 保護者の氏名			dãy tuổi tháng (満 歳 カ月)

(MR) kỳ 1 Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
麻しん 風しん (MR) 1 期 予防接種予診票 兼 接種依頼票 (西尾市)

【trẻ em trên 1 tuổi dưới 2 tuổi 対象者：1 歳以上 2 歳未満】

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

※ Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Tiêm chủng lần này có đúng theo kỳ hạn trong giấy cho phép đi tiêm chủng không? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください) ()	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Ngày trị lãnh Bệnh いつ治りましたか (月 / 日 / 日 / 日 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 【1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 【1 カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / 日 / 日 / 日 / 日 / 日)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tím, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 【生まれてから今までに特別な病气 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病气) にかかり医師の診察をうけていますか。】 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって、医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ Không いいえ	見 本
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 【今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。】 Lúc nào: 最終 (年 / 年 / 月 / 月 / 日 / 日 / 日 / 日) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không? 【食物、アレルギー等】 【薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。】 Loại thuốc 薬の種類 () 食物 食品 (乳製品、gelatina ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	có bị nổi ban, sởi lần nào không và bị từ lúc nào? () 麻しん風しんにかかったことがありますか。いつですか?	Có はい	Không いいえ	
16	có tiêm chủng ban, sởi lần nào chưa và ghi tên loại tiêm chủng 麻しん風しん、または MMR の予防接種を受けたことがありますか。 予防接種名 接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
17	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn / 同意します) / không muốn / 同意しません)

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

(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。 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 4種混合 1期 追加接種実施 □ 接種見合わせ (予診のみ)		
被接種者	住所 氏名	生年月日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

Địa chỉ 住所	見 本		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
			整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生
Tên phụ huynh 保護者の氏名				đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
水痘（水ぼうそう）予防接種予診票兼接種依頼票（西尾市） 【 lần thứ 1 1 回目 】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé Nhiệt độ trước khi khám 診察前の体温

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Bạn đã bao giờ có bệnh thủy đậu? (Không được tiêm phòng đối với những người đã thực hiện) 水痘（水ぼうそう）にかかったことがありますか（かかったことがある方は接種できません）	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください ())	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといっていましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	見 本
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 Lúc nào: 最終 (年 / năm 月 / tháng 日 / ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品（trứng, gelatina, ngoài ra ())	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。
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 / 見合わせる)
保護者に対して、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、説明をした。 医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn【同意します】 / không muốn【同意しません】)
Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 水痘 1回目 □ 接種実施 □ 接種見合わせ (予診のみ)		
被接種者	住所 氏名	生年月日 年 月 日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

【tiêm chủng cá nhân 個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所	見 本		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
			整理番号 số sê-ri	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名				

thủy đậu **Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng** **Bảng yêu cầu tiêm chủng**
水痘 (水ぼうそう) 予防接種予診票兼接種依頼票 (西尾市) 【 lần thứ 2 2回目 】

※ Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Bạn đã bao giờ có bệnh thủy đậu? (Không được tiêm phòng đối với những người đã thực hiện) 水痘 (水ぼうそう) にかかったことがありますか (かかったことがある方は接種できません)	Có はい	Không いいえ	
3	Khi là tiêm chủng đầu tiên bệnh thủy đậu? 水痘 1 回目はいつ接種しましたか (năm tháng ngày 年 月 日) Lâm ban miễn phí hơn sáu tháng kể từ thủy đậu 1 ợt? 水痘 1 回目から 6 か月以上あいていますか	Có はい	Không いいえ	
4	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () kg Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
5	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください ())	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
8	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / tháng 日 / ngày)	Có はい	Không いいえ	見 本
9	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている原因で今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào: 最終 (年 / năm 月 / tháng 日 / ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
11	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không (thịt gà, trứng gà vv) 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや痒痒疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatina ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
12	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
13	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
15	Trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
16	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

保護者に対して、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、説明をした。

【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No.	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。 【医療機関控え】 永通 ☐ 同自 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ ☐ 予防のみ			
被接種者	住所 氏名	生年月日	年 月 日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No.	有効期限 0.5ml	接種年月日	

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

°C

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Tiêm chủng lần này có đúng theo kỳ hạn trong giấy cho phép đi tiêm chủng không? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: 1. 1 tháng nay có dấu hiệu gì khác thường không? 2. Sinh ra nặng bao nhiêu kg? 3. Sau khi sinh có gì khác thường không? あなたの赤ちゃんの発育歴についておたずねします 1. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどににかかった方がいますか。 2. 出生体重 () kg 3. 出生後に異常がありましたか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください)	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh: 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどににかかった方がいますか。 Tên bệnh: 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng: 予防接種名 ()	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không)? 生まれてから今までに特別な病気（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。 Tên bệnh: 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
	Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらって、医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 Lúc nào: 最終 () 年/năm 月/tháng 日/ngày Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà vv] 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc: 薬の種類 () đồ ăn: 食品（trứng, gelatina ngoài ra...） ()	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Loại tiêm chủng: 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

醫師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

醫師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)

Phieu chuan doan benh co muc dich la bao hien an toan cua sir tiem nguy. Sau khi da lieu ro va dong y vui long nop phieu cau noi chian doan benh den Co quan namu chinh Namh pho.

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

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。			
【医療機関控え】 日本脳炎 1期初回 1回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わ (予診のみ)			
被接種者	住所 氏名	生年月日	見 本
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日	

Địa chỉ 住所		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
		整理番号 số sê-ri	
Nghi tên katakana フリガナ		Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 生 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名			

Viêm não Nhật Bản 日本脳炎 予防接種 予診票 兼 接種依頼票 (西尾市) 【kỳ 1 đầu tiên lần thứ 2 1 期初回 2 回目】

日本脳炎 予防接種 予診票 兼 接種依頼票 (西尾市) 【kỳ 1 đầu tiên lần thứ 2 1 期初回 2 回目】

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Viêm não Nhật Bản lần thứ 1 tiêm lúc nào 日本脳炎 1 回目はいつ接種しましたか Viêm não Nhật Bản từ lần thứ 1 cách mấy ngày rồi? 日本脳炎 1 回目から何日あいていますか	(năm tháng ngày) (年 月 日) (ngày 日)		
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください ())	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () ・ Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1 か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1 か月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといっていましたか	Có はい Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào: 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không (thịt gà, trứng gà vv) 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (肉、 卵、 gelatina ほか)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ ,sau khi hiểu biết về hiệu quả ,phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe,có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố .

【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No.	0.5ml	接種年月日	
(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。			
【医療機関控え】 日本脳炎 1 期初回 2 回目 □接種実施 □接種見合わ (予診のみ)			
被接種者	住所 氏名	生年月日	年 月 日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日	

Địa chỉ 住所	見 本	Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
Nghị tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名		Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日 đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)
Tên phụ huynh 保護者の氏名			

Viêm não Nhật Bản 日本脳炎 予防接種予診票兼接種依頼票 (西尾市) 【kỳ 1 thêm 1期追加】

日本脳炎予防接種予診票兼接種依頼票 (西尾市) 【kỳ 1 thêm 1期追加】

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

℃

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Viêm não Nhật Bản lần thứ 2 tiêm lúc nào 日本脳炎 2回目はいつ接種しましたか (năm tháng ngày 年 月 日)			
3	Viêm não Nhật Bản lần 2 thời gian đã hơn 1 năm chưa? 日本脳炎 2回目から1年以上あっていますか	Có はい	Không いいえ	
4	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị: 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 () g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không? 分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không? 出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
5	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください ())	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lạnh Bệnh いつ治りましたか (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
8	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/ tháng 日/ ngày)	Có はい	Không いいえ	
9	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。 Tên bệnh 病名 () Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を治してもらって、今回も今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
10	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Lúc nào: 最終 (年/ năm 月/ tháng 日/ ngày) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい Có はい	Không いいえ Không いいえ	
11	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không [thịt gà, trứng gà v.v.] 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (肉類、卵類、乳類、魚類、野菜類、果物類、豆類、穀類、油脂類、調味料類、その他)	Có はい	Không いいえ	
12	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
13	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
15	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
16	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn 同意します / không muốn 同意しません)

Phiếu chuẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.

(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。)

Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。		
【医療機関控え】 日本脳炎 1期追加 □ 接種実施 □ 接種見合わせ (予診のみ)		
被接種者	住所 氏名	生年月日
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日

【tiêm chủng cá nhân 個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所	見本		Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間	
			整理番号 số sê-ri	
Nghi tên katakana フリガナ		Giới tính	Điện thoại 電話番号	
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm tháng ngày 年 月 日生
Tên phụ huynh 保護者の氏名				đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)

(MR) kỳ 2 Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
麻しん 風しん (MR) 2 期 予防接種予診票 兼 接種依頼票 (西尾市)

【trẻ em trên 5 tuổi dưới 7 tuổi 対象者：年長児相当】

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

 $^{\circ}\text{C}$

※Tai bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

	Câu Hỏi 【質問事項】	Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はいえ	Chưa đọc いいえ	
2	Tiêm chủng lần này có đúng theo quy hạn trong giấy cho phép đi tiêm chủng không? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Có はい	Không いいえ	
3	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không?乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	Có あった có あった Có ある	Không なかった Không なかった Không ない	
4	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください)	Có はい	Không いいえ	
5	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近1か月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lãnh Bệnh いつ治りましたか (月 / 日 / 年)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sốt phát ban, thủy đậu, quai bị không? [1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。] Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	見 本
7	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? [1か月以内に予防接種を受けましたか。] Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月 / 日 / 年)	Có はい	Không いいえ	
8	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh dị thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 【生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師の診療を受けていますか。】 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
	Bác sĩ khám bệnh đó có bảo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không? その病気を治してもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Có はい	Không いいえ	
9	Có bị lên cơn co giật lẫn nào không? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Lúc nào: cuối (年 / 月 / 日) Lúc đó có phát nhiệt không? そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
10	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không (thịt gà, trứng gà v.v.) 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。】 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (肉類, gelatin ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
11	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
12	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
13	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
14	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
15	có bị nổi ban, sốt lẫn nài không và bị từ lúc nào? () 麻疹風しんにかかったことがありますか。いつですか?	Có	Không	
16	có tiêm chủng ban, sốt lẫn nài chưa và ghi tên loại tiêm chủng 予防接種名 Tên của tiêm chủng () 麻疹風しん、またはMMRの予防接種を受けたことがありますか。	Có	Không	
17	Quý vị cần hiểu thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか			

醫師記入欄

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

醫師署名

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の検査、説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種
(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)

【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。】
Chữ ký phụ huynh/保護者自署

このことを理解の上、本邦参事が印可付に旋出されることに同意する。

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	
(注) ガンマグロリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。			
【医療機関控え】			
被接種者	住所	生年月日	
	氏名		
使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限 0.5ml	接種年月日	

Viêm não Nhật Bản kỳ 2 **Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng** **Bảng yêu cầu tiêm chủng**
日本脳炎 2 期予防接種予診票兼接種依頼票 (西尾市) 【trẻ em trên 9 tuổi】 対象者：接種日において 9 歳以上】

Nhiệt độ trước khi khám
診察前の体温

°C

醫師記入欄。

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 / 見合わせる)

保護者に対して、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、説明をした。

医師署名

Sau khi nghe giới thiệu và khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không

【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】

(muốn 【同意します】 / không muốn 【同意しません】)

【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控へ】

日本脳炎 2期 □接種実施 □接種見合わ (予診のみ)

使用ワクチン名	接種方法/量	実施場所	
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No	有効期限	接種年月日	
	0.5ml		

※ Xin vui lòng điền vào chỗ trống trong khung 太枠内の空欄を記入してください

【tiêm chủng cá nhân 個別接種】ベトナム語版

Địa chỉ 住所			Thời gian được tiêm chủng 接種可能期間		
Nghi tên katakana フリガナ			Điện thoại 電話番号		
Tên người tiêm chủng 受ける人の氏名			Ngày sinh 生年月日	năm 年	tháng 月
Tên phụ huynh 保護者の氏名			ngày 日生		
			đầy tuổi tháng (満 歳 カ月)		

bạch hầu Uốn ván (DT) kỳ 2 Phiếu Chẩn đoán Bệnh Trước Khi Tiêm chủng Bảng yêu cầu tiêm chủng
ジフテリア 破傷風 (DT) 2期 予防接種予診票 兼 接種依頼票 (西尾市)

【Đối tượng mục tiêu : Trường tiểu học lớp 6 対象者 : 小学 6 年生】

※ Tại bệnh viện sẽ kiểm tra nhiệt độ cho bé nên ở nhà phụ huynh không phải đo cho bé

Nhiệt độ trước khi khám 診察前の体温	℃
-----------------------------------	---

Câu Hỏi 【質問事項】		Trả lời 【回答欄】		Bác sĩ
1	Đã đọc bản Hướng dẫn Tiêm chủng về việc tiêm chủng ngày hôm nay do cơ quan hành chính phát chưa? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Đã đọc はい	Chưa đọc いいえ	
2	Hỏi về quá trình phát triển của con quý vị 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Sinh ra nặng 出生体重 ()g Khi sinh có dấu hiệu gì khác thường không?分娩時に異常がありましたか	Có あった	Không なかった	
3	Sau khi sinh có gì khác thường không?出生後に異常がありましたか	Có あった	Không なかった	
4	Bác sĩ nói là em bé có khác thường khi được khám sức khỏe không? 乳児診察で異常があるといわれたことがありますか	Có ある	Không ない	
5	Hôm nay có đau chỗ nào trong người không? 今日体に具合の悪いところがありますか Hãy viết rõ triệu chứng bệnh đau (具合の悪い症状を書いてください)	Có はい	Không いいえ	
6	Nội trong vòng 1 tháng nay có bị bệnh không?最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Tên bệnh 病名 () Ngày trị lành Bệnh いつ治りましたか (月/年 日/日)	Có はい	Không いいえ	
7	Nội trong vòng 1 tháng nay trong gia đình có ai bị Sởi, phát ban, thủy đậu, quai bị không? 【1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
8	Nội trong vòng 1 tháng nay có đi tiêm chủng không? 【1 カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 () (月/年 日/日)	Có はい	Không いいえ	
9	Có từng tiêm phòng uốn ván toxoid không (tiêm chủng khi bị thương) và tiêm khi nào? 破傷風トキソイド 予防接種 (けがをした時に病院で接種するワクチン) を受けたことがありますか。いつ接種しましたか。 () 歳頃	Có はい	Không いいえ	
10	Từ khi sinh ra đến giờ, em bé có đi khám bác sĩ khi bị bệnh (bệnh đi thường bẩm sinh, tim, thận, gan, những bệnh liên quan tới thần kinh, chứng suy yếu hệ miễn dịch, bệnh Lao hoặc các thứ bệnh khác không? 【生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。】 Tên bệnh 病名 ()	Có はい	Không いいえ	
11	Bác sĩ khám bệnh đó có báo là hôm nay đi tiêm chủng cũng được không?その病気を診てもらって医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか	Có はい	Không いいえ	
12	Có bị lên cơn co giật lần nào không? 【今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。】 Lúc nào:最終 (年/năm 月/tháng 日/ngày)	Có はい	Không いいえ	
13	Lúc đó có phát nhiệt không?そのとき熱が出ましたか	Có はい	Không いいえ	
14	Có bị dị ứng thuốc hoặc đồ ăn gì không?【thịt gà, trứng gà vv】 【薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。】 Loại thuốc 薬の種類 () đồ ăn 食品 (trứng, gelatin ngoài ra...)	Có はい	Không いいえ	
15	Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị khó chịu trong người không? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Loại tiêm chủng 予防接種名 ()	Có ある	Không ない	
16	Trong thân nhân có người nào khám được biết là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Có はい	Không いいえ	
17	Trong gia đình có ai khi tiêm chủng bị khó chịu không 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Có はい	Không いいえ	
18	trong vòng 6 tháng nay có truyền máu hoặc tiêm Gamma globulin không? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Có はい	Không いいえ	
19	Quý vị cần những thông tin gì thêm về buổi khám bệnh hôm nay không? 今日の予防接種について質問がありますか	Có はい	Không いいえ	

医師記入欄。 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 / 見合わせる) 保護者に対して、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、説明をした。 医師署名
--

Sau khi nghe giải thích về khám bệnh của bác sĩ, sau khi hiểu biết về hiệu quả, phản ứng của tiêm chủng và chế độ cứu nạn tiêm chủng sức khỏe, có mong muốn tiếp tục tiêm chủng không
【医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種に同意しますか。】
(muốn (同意します) / không muốn (同意しません))
Phiếu chẩn đoán bệnh có mục đích là bảo hộ an toàn của sự tiêm chủng. Sau khi đã hiểu rõ và đồng ý vui lòng nộp phiếu câu hỏi chẩn đoán bệnh đến Cơ quan hành chính Thành phố.
【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。】 Chữ ký phụ huynh 保護者自署

使用ワクチン名 沈降ジフテリア破傷風 混合トキソイド	接種方法・量 皮下接種 0.5ml	実施場所 医師名
Lot No	接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 DT 2期 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ (予診のみ)		
被接種者	住所 氏名	生年月日 年 月 日
使用ワクチン名 沈降ジフテリア破傷風 混合トキソイド	接種方法/量 皮下接種 0.5ml	実施場所 医師名
Lot No	有効期限	接種年月日