

(別紙様式3)

CUESTIONARIO MÉDICO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL NUEVO TIPO DE INFLUENZA

新型インフルエンザ予防接種予診票

< Dirigido a niños inferiores al del 6to. grado de Escuela Primaria (nacidos después del 2 de Abril de 1997) >

< 小学校6年生以下の者対象 (1997年4月2日以降に生まれた者) >

Temperatura
(診察前の体温)

Domicilio (住所)			
Nombre del solicitante (受ける人の氏名)	Sexo(性別)	Fecha de Nacimiento 生年月日	(Año 年 Mes 月 Día 日) / / (años 歳 meses ヵ月)
Nombre del padre o tutor (保護者の氏名)	Masculino(男) Femenino(女)		
Clasificación según la prioridad en la vacunación (優先接種対象者等分類)	1. Personas portadoras de enfermedad crónica 基礎疾患を有する者 2. Niños (desde 1 año de edad hasta antes de ingresar a la Escuela Primaria) 小児(1歳から就学前) 3. Alumnos desde el 1er. hasta el 3er. Grado de Primaria (nacidos entre el 2 de Abril del 2000 y el 1ro. de Abril de abril de 2003) 小学校1年生～小学校3年生 4. Alumnos desde el 4to. grado hasta el 6to. de Primaria (nacidos entre el 2 de Abril de 1997 y el 1 de Abril de 2000) 小学校4年生～小学校6年生 5. Alumnos que no correspondan a los números del 1 al 4 1～4以外の者		
Clasificación según la edad (年齢区分)	1. Niños desde 1 año de edad hasta antes de ingresar a la Escuela Primaria 小児(1歳から就学前) 2. Alumnos desde el 1er. hasta el 3er. grado de Primaria 小学校1年生～小学校3年生 3. Alumnos desde el 4to. grado hasta el 6to. grado de Primaria 小学校4年生～小学校6年生 4. Niños menores a 1 año de edad 1歳未満		

Preguntas (質問事項)	Respuestas (回答)		Observación del médico (医師記入欄)
Sobre el desarrollo de crecimiento de su hijo: Peso al nacer 出生体重()g あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。			
¿Tuvo alguna anomalía en el parto? 分娩時に異常がありましたか	Sí はい	No いいえ	
¿Tuvo alguna anomalía en el posparto? 出生後に異常がありましたか	Sí はい	No いいえ	
¿Le diagnosticaron algún problema en el examen del lactante? 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか	Sí はい	No いいえ	
Desde el nacimiento hasta la fecha, ¿su hijo ha padecido alguna anomalía congénita o enfermedad tales como, enfermedad cardíaca, renal, hepática, del sistema nervioso, el síndrome de inmunodeficiencia, u otras, por lo cual ha recibido tratamiento médico (o alguna medicación)? 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか <i>Nombre de la enfermedad</i> 今までにかかった病気 Enfermedad cardíaca 心臓病 Enfermedad hepática 肝臓の病気 Hipertensión 高血圧 Diabetes 糖尿病 Enfermedad renal 腎臓の病気 Diálisis artificial 人工透析 Asma 喘息 Enfermedad alérgica アレルギー性疾患 Enfisema pulmonar 肺気腫 Colagenopatía 膠原病 Otras その他 ()	Sí はい	No いいえ	
¿Su médico tratante le ha permitido que su hijo reciba la vacuna contra el Nuevo Tipo de Influenza hoy? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sí はい	No いいえ	
¿Se siente mal hoy? 今日体に具合の悪いところがありますか <i>Síntomas</i> 具体的な症状 Temperatura más alta de lo normal 体温がいつもより高い Escalofríos 寒気がする Dolor de cabeza 頭が痛い Dolor de garganta のどが痛い Tos 咳が出る Flemas 痰がからむ Flujo nasal 鼻水が出る Nariz congestionada 鼻がつまる Náuseas 吐き気 Vómitos 嘔吐 Diarrea 下痢 Dolor de vientre 腹痛 Dolor de estómago 胃が痛い Pérdida de apetito 食欲不振	Sí はい	No いいえ	

Dolor de pecho 胸が痛い Palpitaciones 動悸 Jadeo 息切 Vértigo めまい Erupción cutánea 発疹がある Dolores articulares 関節が痛い Entumecimiento しびれ Fatiga だるい Otros その他()			
¿Durante el último mes algún familiar o compañero ha padecido influenza, sarampión, rubéola, varicela, o paperas, etc? 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	Sí はい	No いいえ	
¿Ha recibido alguna vacuna (excepto contra la influenza) en el último mes? 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか Nombre de la vacuna 予防接種の種類 BCG Polio ポリオ Difteria ジフテリア Tos ferina 百日せき Tétanos 破傷風 Sarampión 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalitis japonesa 日本脳炎	Sí はい	No いいえ	
¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra el Nuevo Tipo de Influenza o contra la influenza estacional? 新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	Sí はい	No いいえ	
¿Se sintió mal por causa de dicha vacuna? その際に具合が悪くなったことがありますか	Sí はい	No いいえ	
¿Se ha sentido mal alguna vez por causa de alguna vacuna (excepto la vacuna contra la influenza) これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか Nombre de la vacuna 予防接種の種類 BCG Polio ポリオ Difteria ジフテリア Tos ferina 百日せき Tétanos 破傷風 Sarampión 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalitis japonesa 日本脳炎	Sí はい	No いいえ	
¿Tiene alergia a algún alimento tales como huevos o carne de pollo? ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	Sí はい	No いいえ	
¿Se ha sentido mal alguna vez o tenido erupción cutánea o urticaria por la causa de algún medicamento o alimento? 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	Sí はい	No いいえ	
¿Ha tenido alguna vez convulsión o espasmo? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか - A la edad de () años aprox. ()歳頃	Sí はい	No いいえ	
¿Tuvo fiebre al tener la convulsión (o espasmo)? そのとき熱がでましたか	Sí はい	No いいえ	
¿Tiene algún pariente próximo que se ha sentido mal por causa de alguna vacuna? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	Sí はい	No いいえ	
¿Tiene algún pariente próximo diagnosticado con la inmunodeficiencia congénita? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sí はい	No いいえ	
¿Tiene alguna pregunta sobre la vacunación de hoy? 今日の予防接種について質問がありますか	Sí はい	No いいえ	

Opinión del médico (医師の記入欄)
 En consideración a las repuestas en el presente cuestionario y al contenido de la consulta, el solicitante (sí · no) puede recibir la vacuna hoy.
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 · 見合わせる)
 Le he explicado al padre (o tutor) del solicitante sobre la eficacia, los efectos colaterales de la vacunación, y sobre el Sistema de Asistencia e Indemnización por Daños de Salud debido a la Vacunación.
 保護者に対し、予防接種の効果や副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした
 Firma del médico 医師署名又は記名押印 _____

Habiendo recibido la explicación o la consulta del médico, y comprendido la eficacia, objetivo, posibilidad de efectos colaterales a nivel grave, ¿desea usted que el solicitante reciba la vacunación?
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか
 Sí, deseo recibir la vacuna 接種を希望します · No deseo recibir la vacuna 接種を希望しません
 Año 年 mes 月 día 日 Firma del padre o tutor (保護者自署) _____

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