

a l a m a t				
(nama anak)	(ふ り が な)	(laki-laki) (perempuan)		
nama lengkap penanggung jawab/ (nama ibu)	(nomor telepon)			

\* **Lingkirlah jawaban pertanyaan yang paling sesuai bagi Anda dan anak (anak-anak) Anda, atau isilah tempat yang kosong jika diperlukan, setelah Anda membaca buklet mengenai “Vaksinasi dan Perawatan Kesehatan Anak”**

suhu badan  
sebelum  
pemeriksaan

度 分

質 問 事 項	pertanyaan-pertanyaan yang harus A(n)da jawab)		kolom untuk diisi oleh dokter)
Sudahkah Anda membaca informasi mengenai vaksinasi yang diadakan hari ini oleh instansi pemerintah daerah?	sudah	belum	
Kondisi badan anak saat dilahirkan Berat badan lahir adalah ( ) g Adakah kelainan pada saat persalinan? Adakah kelainan setelah persalinan? Pernahkah ditemukan kelainan sewaktu pemeriksaan pada saat masih bayi?	ada ada pernah	tidak ada tidak ada tidak pernah	
Dibandingkan biasanya, apakah terdapat kelainan kondisi badan anak Anda pada hari ini? ( )	ada	tidak ada	
Apakah anak Anda pernah menderita sakit dalam satu bulan terakhir? nama penyakit ( )	pernah	tidak pernah	
Adakah anggota keluarga atau temannya yang menderita penyakit (campak, campak jerman, cacar air, gondongan , dan lain-lain) dalam satu bulan terakhir? nama penyakit ( )	ada	tidak ada	
Apakah anak Anda pernah divaksinasi dalam satu bulan terakhir ini ? nama vaksinasi ( )	pernah	tidak pernah	
Apakah anak Anda pernah menderita penyakit (kelainan anggota badan yang bersifat bawaan dari lahir:kelainan kongenital), jantung, ginjal, hati, menjalani tindakan bedah saraf, sindrom menurunnya kekebalan tubuh , dan sakit yang lain), sehingga perlu perawatan dokter? nama penyakit ( )	pernah	tidak pernah	
Apakah anak Anda diizinkan divaksinasi pada hari ini oleh dokter yang bersangkutan?	ya	tidak	
Pernahkah anak Anda mengalami kejang? (tahun bulan )	pernah	tidak pernah	
Apakah disertai demam pada saat itu?	ya	tidak	
Pernahkah kondisi tubuhnya memburuk, lalu muncul bintik-bintik merah dan alergi pada kulit yang disebabkan oleh obat dan makanan?	pernah	tidak pernah	
Di antara anak-anak Anda, adakah yang didiagnosis tidak mempunyai kekebalan tubuh semenjak lahir?	ada	tidak ada	
Sampai saat ini, apakah anak Anda ini pernah mengalami gangguan setelah divaksinasi? nama vaksinasi ( )	pernah	tidak pernah	
Dalam keluarga Anda, adakah yang mengalami gangguan setelah divaksinasi?	ada	tidak ada	
Pernahkah anak Anda menerima tranfusi darah atau disuntik dalam waktu kurang dari 6 bulan?	pernah	tidak pernah	
Adakah pertanyaan mengenai vaksinasi hari ini?	ada	tidak ada	
(kolom untuk catatan dokter) 平成 年 月 日 persetujuan dokter Hasil pemeriksaan dan catatan dokter tersebut di atas, vaksinasi hari ini (boleh dilakukan / disesuaikan dengan anak)			

Berdasarkan hasil catatan dokter di atas, vaksinasi hari ini ( disetujui/ditanggguhkan ) persetujuan penanggung jawab/(ibu)

ワクチン名 乾燥弱毒生麻疹ワクチン Lot No.	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 医 師 名 接種年月日 平成 年 月 日
------------------------------	------------------	---------------------------------