

KHÁM KIỂM TRA TRƯỚC KHI TIÊM PHÒNG SỞI

Dia chi	Quận: Phường: Số nhà:			
Họ và tên trẻ		trai ・ gái	ngày tháng năm sinh:	
Họ và tên bố/ me	Điện thoại: —			

	Nhiệt độ lúc khám	độ		phút
Câu hỏi		Trả . loi		
Anh/chị có đọc thông báo của phường(quận, thành phố) về việc tiêm phòng vac-xin hôm nay không?		Có	Không	
Hỏi về sự phát triển của trẻ				Cân nặng sơ sinh ()g
Khi sinh, con của anh/chị có bị bất thường gì không?		Có	Không	
Sau khi sinh, con của anh/chị có gì bất thường không?		Có	Không	
Kết quả kiểm tra sức khỏe của con anh chị có gì bất thường không?		Có	Không	
Hôm nay con của anh/chị có cảm thấy khó chịu trong người không?		Có	Không	
Cụ thể ()				
Trong tháng qua con của anh/chị có bị ốm không?		Có	Không	
Ghi rõ tên bệnh ()				
Trong tháng qua có ai trong gia đình anh/chị hoặc bạn bè của cháu bị sởi, rubella, thủy đậu, hoặc quai bị không? Ghi rõ tên bệnh ()		Có	Không	
Trong tháng qua con của anh/chị có tiêm phòng vac-xin gì không		Có	Không	
Kể tên cụ thể vac-xin đã tiêm ()				
Con của anh/chị có bị mắc những bệnh bẩm sinh như dị tật bẩm sinh, bệnh tim, thận, gan, bệnh về não, bệnh do thiếu hụt miễn dịch và những bệnh khác) và hỏi bác sỹ không?		Có	Không	
Ghi rõ tên bệnh ()				
Bác sỹ có nói rằng hôm nay có thể tiêm vac-xin không?		Có	Không	
Từ trước đến giờ con của anh/chị có bị co giật bao giờ không?		Có	Không	
(khi đó trẻ được bao nhiêu tháng/tuổi).				
Khi đó trẻ có bị sốt không?		Có	Không	
Con của anh/chị có bao giờ bị phát ban hoặc ngứa mào đay hoặc cảm thấy khó chịu khi dùng thuốc hoặc ăn loại thức ăn nào đó không?		Có	Không	
Trong gia đình anh/chị có ai được chẩn đoán là thiếu hụt miễn dịch ban đầu (bẩm sinh) không?		Có	Không	
Những lần tiêm chủng trước con của anh/chị có thấy khó chịu gì không?		Có	Không	
Tên của vac-xin ()				
Trong gia đình anh/chị có ai bị khó chịu sau khi tiêm chủng không?		Có	Không	
Trong 6 tháng qua con của anh/chị có bị truyền máu hoặc tiêm gama globulin không?		Có	Không	
(tháng năm)				
Anh/chị có câu hỏi gì về tiêm chủng hôm nay không?		Có	Không	
Phần ghi dành cho bác sỹ ngày tháng năm				
Sau khi hỏi và khám thực thể, việc tiêm vac-xin hôm nay là có thể tiến hành được (cần phải hoãn lại).				
Chữ ký của bác sỹ				

Phần ghi dành cho người nhà của trẻ	
Sau khi khám kiểm tra, việc tiêm phòng hôm nay là được chấp nhận, không được chấp nhận.	
Chữ ký của người nhà trẻ	

(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 ヶ月以内に受けた方は、麻しんなので予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

使用ワクチン名	接種量	実 施 場 所・医 師 名			
ワクチン名 乾燥弱毒生麻疹ワクチン	(皮下接種)	実 施 場 所			
Lot No.	0.5 ml	医 師 名			
		接種年月日 平成 年 月 日			