

Figure 7. Infant mortality rates of Japan and other countries, 1950 – 1999

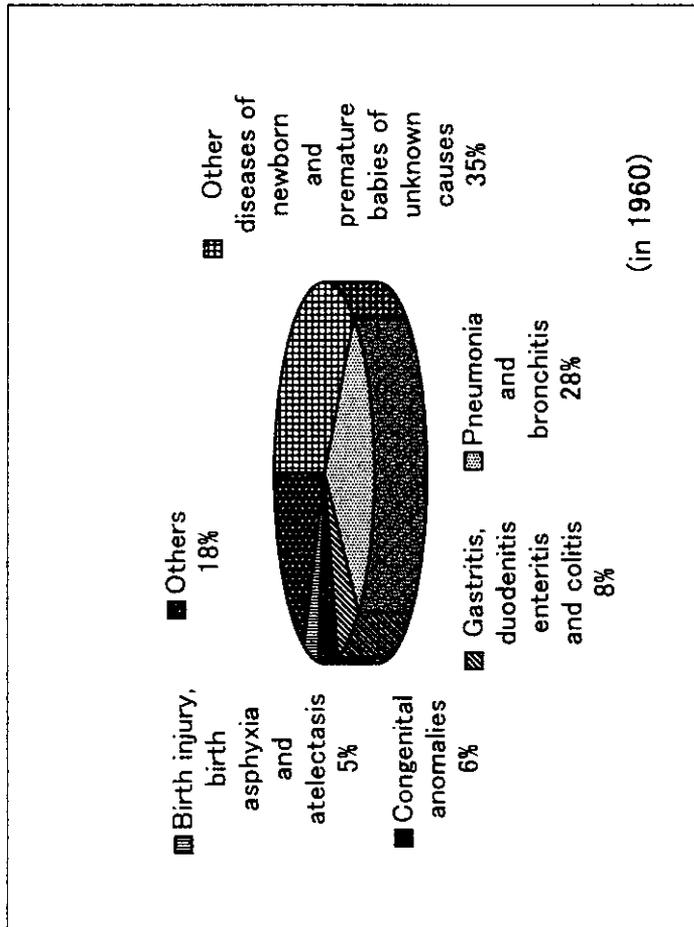
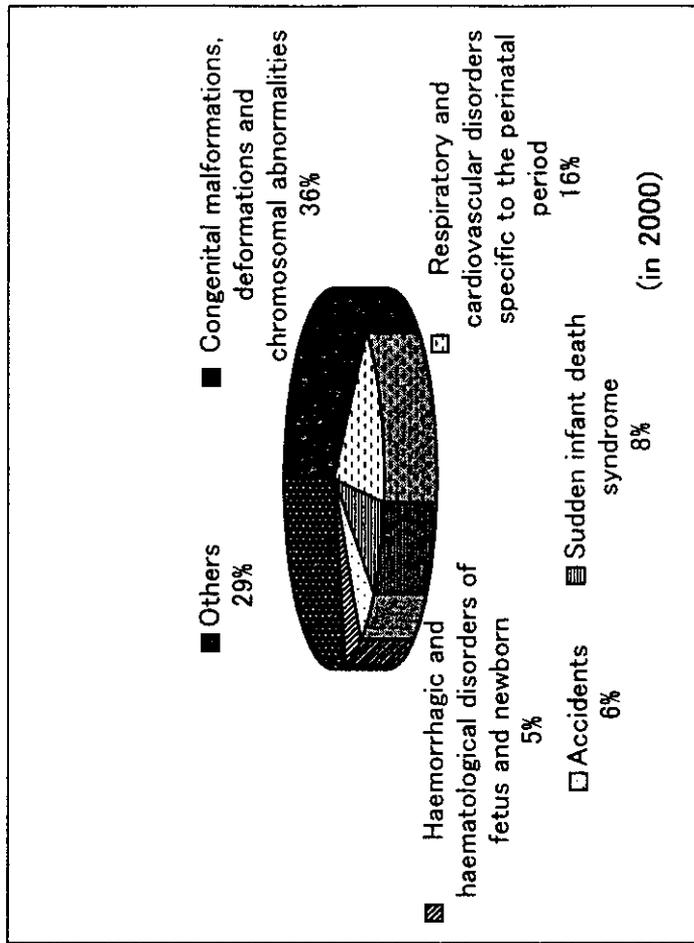


Figure 8. Leading causes of deaths for 0 year old in Japan, 1960 and 2000

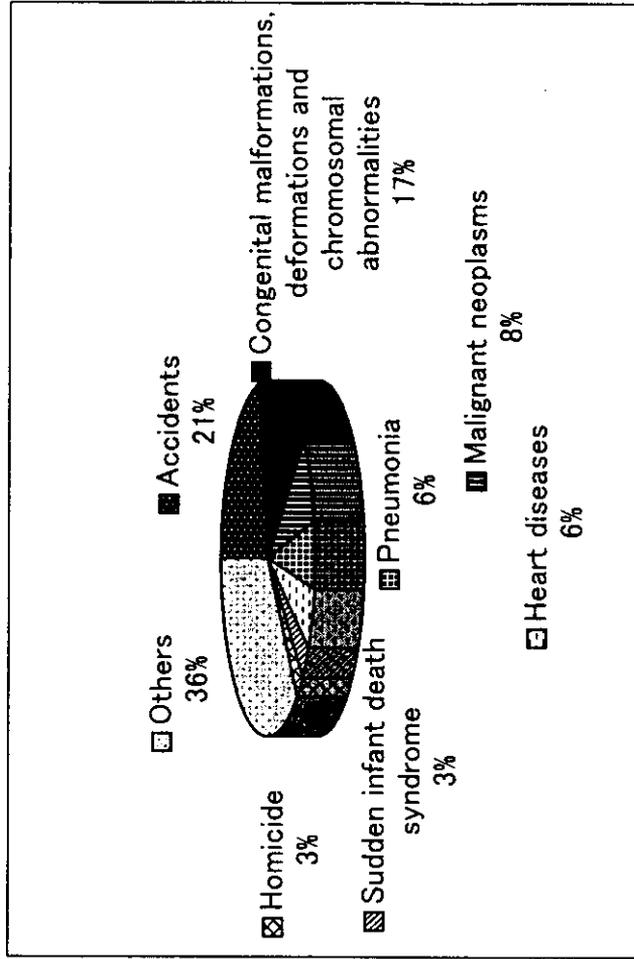
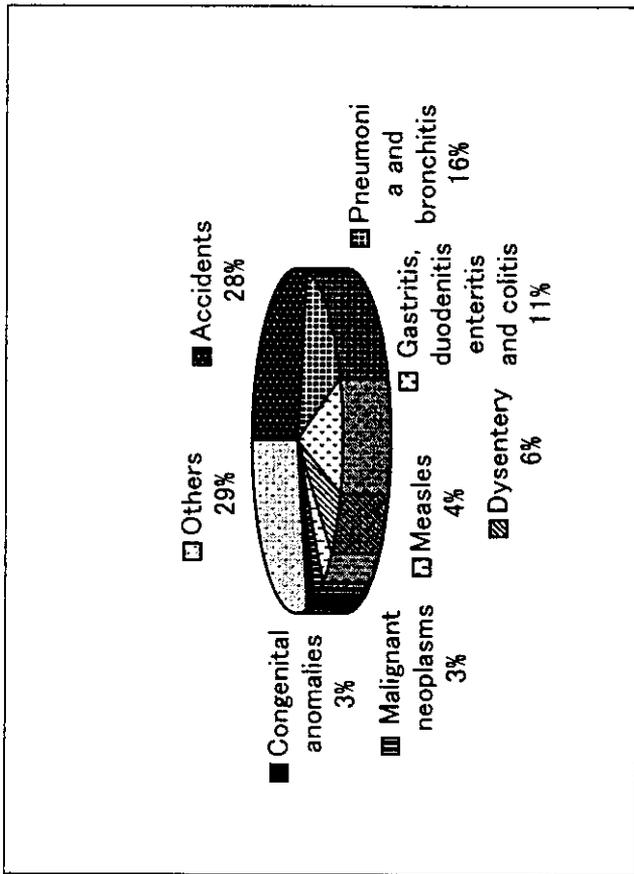


Figure 9. Leading causes of deaths for 1-4 years of age in Japan, 1960 and 2000

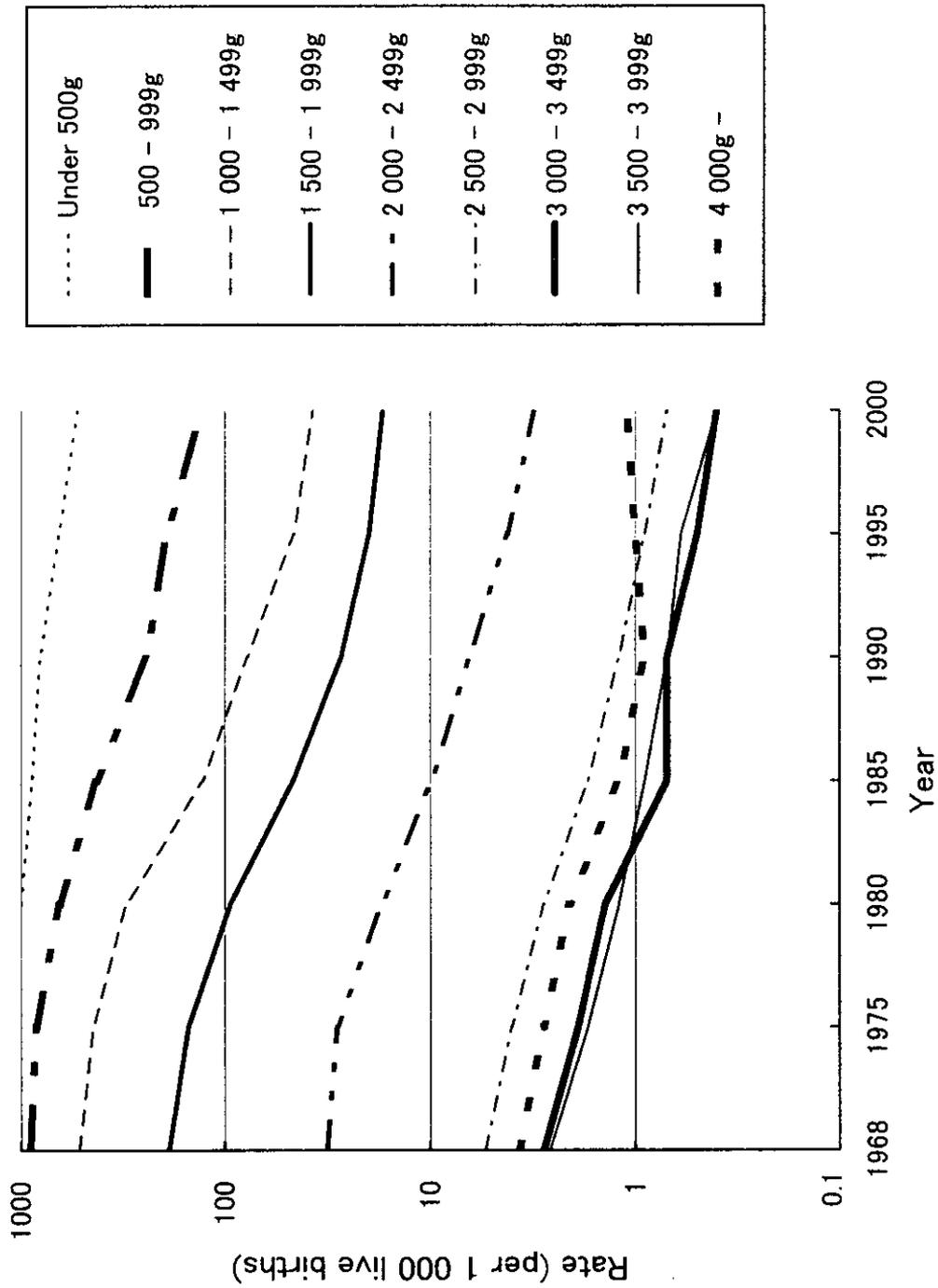


Figure 10. Early neonatal mortality rates by birthweight in Japan, 1968 - 2000

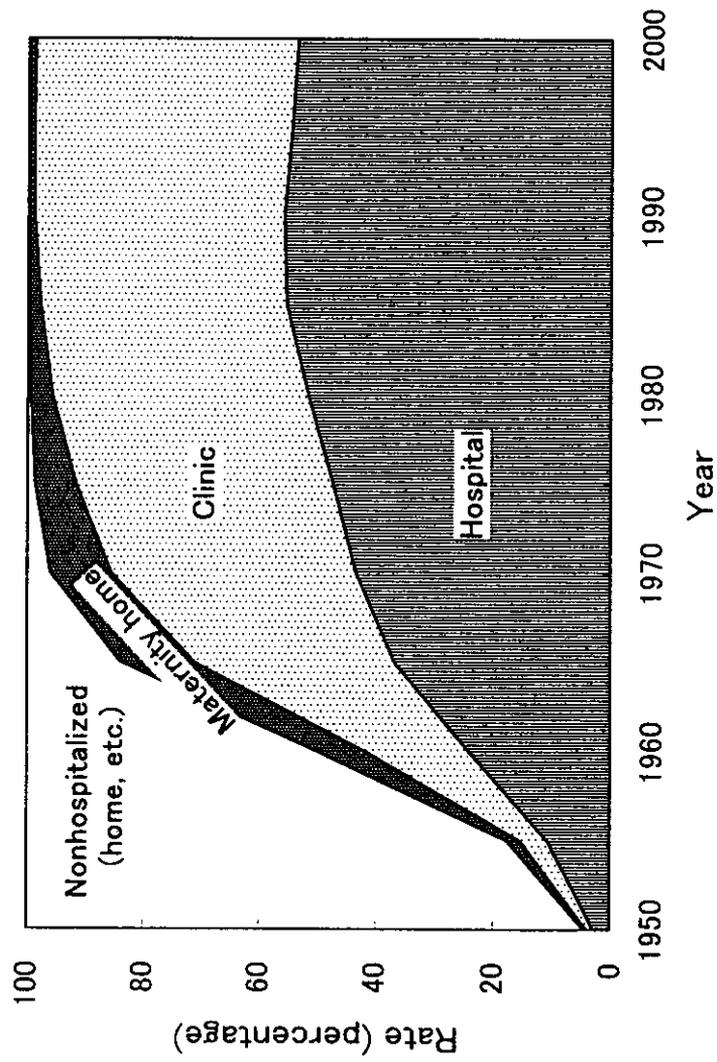


Figure 11. Live births by place of birth in Japan, 1950 – 2000

Maternal mortality rates in Japan and seven other countries, 1950-1997

Year	Rate (per 100 000 live births)							
	Japan	Germany	Switzerland	Australia	U.K.	France	U.S.A	Sweden
1950	176.1	206.2	140.4	109.1	88.2	86.1	83.3	61.5
1955	178.8	156.7	104.3	64.0	65.7	61.1	47.0	49.4
1960	130.6	105.7	57.2	52.5	39.5	51.6	37.1	37.2
1965	87.6		37.6	57.0	18.0	32.2	31.6	13.8
1970	52.1	51.8	25.2	25.6	18.6	28.1	21.6	10.0
1975	28.7	39.6	12.7	5.6	12.8	19.9	12.8	1.9
1980	20.5	20.6	5.4	9.8	10.7	12.9	9.2	8.2
1985	15.8	10.7	5.4	3.2	7.0	12.0	7.8	5.1
1990	8.6	9.1	6.0	6.5	7.6	10.4	8.2	3.2
1997 (or 9)	6.5	6.0	3.6	4.7	5.4	9.6	8.4	5.2

* The latest values of Switzerland and Sweden are ones in 1996 instead of 1997.

Maternal death by leading causes, 1996-2000

	1996-2000						
	1996	1997	1998	1999	2000		
Total	386	100%	72	78	86	72	78
Direct obstetric causes	280	73%	53	48	63	54	62
Ectopic pregnancy	14	4%	2	3	3	1	5
Oedema, proteinuria, and hypertensive disorders in pregnancy	43	11%	8	7	11	9	8
Placenta praevia and premature separation of placenta	43	11%	9	6	8	8	12
Postpartum haemorrhage	49	13%	10	7	12	9	11
Obstetric embolism	64	17%	16	10	11	13	14
Other direct obstetric causes	67	17%	8	15	18	14	12
Indirect obstetric causes	101	26%	18	29	22	17	15
obstetric death of unspecified cause	5	1%	1	1	1	1	1

Infant Mortality Rate in Japan and seven other countries, 1950-2000

Year	Rate (per 100 000 live births)						
	Japan	Germany	France	U.K.	Switzerland	U.S.A.	Sweden
1950	60.1	55.5	47.1	31.2	31.2	29.2	24.5
1960	30.7	33.8	27.4	22.5	21.1	26.0	20.2
1970	13.1	23.6	15.1	18.5	15.1	20.1	17.9
1980	7.5	12.6	10.0	12.1	9.1	12.6	10.7
1990	4.6	5.6	7.3	7.9	6.8	9.2	8.2
1999 ()	3.4	4.5	4.8	5.8	3.4	7.2	5.6

* The latest values of France and U.S.A. are ones in 1998 instead of 1999.

Total fertility rate in Japan and other countries,

Year	Rate (per 1000 women)					
	Japan	U.S.A.	France	Italy	U.K.	Sweden
1970	2.13	2.46	2.45	2.34	2.33	1.94
1975	1.91	1.79	1.96	2.19	1.79	1.78
1980	1.75	1.83	1.99	1.61	1.90	1.68
1985	1.76	1.84	1.83	1.41	1.79	1.74
1990	1.54	2.08	1.78	1.36	1.85	2.13
1995	1.42	2.02	1.70	1.19	1.71	1.74
2000	1.36	2.13	1.89	1.23	1.65	1.54

吉永亜子、合阪幸三、牛島廣治
東京大学大学院医学系研究科 発達医科学

日本語を母語としない子どもが、安心して予防接種を受けられるように次のサービスを企画した。医療の現場で臨床医が工夫して使えると考える。1, 2に関しては実物を次のページから掲載する。尚、ホームページ <http://square.umin.ac.jp/boshiken/>（多民族文化社会における母子の健康）からダウンロードが可能である。また、牛島廣治、渡辺 博による「予防接種ノート」はワクチン接種を上手に出来るように工夫したものである。関連リンクは広く母子保健あるいは感染症との関連を持たせた情報の案内である。

1. 多言語による予防接種に関する医学用語の対訳一覧（13カ国語）
2. 麻しん予防接種予診票の翻訳（日本語含め9ヶ国語）
3. 関連リンク

「子育てインフォ」 <http://www.mcfh.or.jp/>

日本小児科医会国際部 <http://210.230.237.164/~JPA/>

成田空港検疫所 <http://www.forth.go.jp/keneki/narita/>

FORTH <http://www.forth.go.jp/>

感染症情報センター <http://idsc.nih.go.jp/index-j.html>

WHO Weekly Epidemiological Record <http://www.who.int/wer/>

CDC Traveler's Health <http://www.cdc.gov/travel/>

JOMF <http://www.jomf.or.jp/>

海外勤務健康管理センター <http://www.johac.rofuku.go.jp/>

日本子ども家庭総合研究所 <http://www.aiiku.or.jp/>

がある。

1. 2. に関して読者からのご意見を聞くコーナーがある。

「予防接種に関する医学用語」の対訳一覧 (1/4)

日本語 Japanese	英語 English	中国語 Chinese	フランス語 French
BCG	BCG	卡介苗	BCG
ポリオ	Polio	脊髓灰质炎 (小儿麻痹)	Poliomyélite
3種混合(DPT)	Diphtheria, Pertussis, Tetanus Combined (DPT)	三種混合 (白喉、百日咳、 破傷風)	Diphthérie-tétanos- coqueluche (DTC)
麻疹	Measles	麻疹	Rougeole
破傷風	Tetanus	破傷風	Tétanos
水痘	Varicella	水痘	Varicelle
B型肝炎	Hepatitis B	B型肝炎	Hépatite à virus B
狂犬病	Rabies	狂犬病	Rage
日本脳炎	Japanese Encephalitis	日本脳炎 (乙型脳炎)	Encéphalite japonaise
風しん	Rubella	风疹	Rubéole
おたふくかぜ	Mumps	腮腺炎	Oreillons
インフルエンザ b菌	Haemophilus Influenza Type b	B型流感	Virus grippaux Type B
A型肝炎	Hepatitis A	A型肝炎	Hépatite à virus A
MMR	MMR (Measles, Mumps, Rubella Combined)	MMR (麻疹、流行性腮腺炎、 风疹)	MMR (Rougeole- oreillons-rubéole)

「予防接種に関する医学用語」の対訳一覧 (2/4)

日本語 Japanese	ドイツ語 German	ハングル Hangul	インドネシア語 Indonesian
BCG	BCG	BCG	BCG
ポリオ	Polio	폴리오	Polio
3種混合(DPT)	Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus kombiniert (DPT)	3종혼합 (백일해, 파상풍, 지프테리아)	Gabungan Difteri, Pertussis dan Tetanus (DPT)
麻疹	Masern	홍역	Campak
破傷風	Tetanus	파상풍	Tetanus
水痘	Windpocken	수두	Cacar Air
B型肝炎	Hepatitis Typ B	B형간염	Radang Hati B/lever
狂犬病	Tollwut	광견병	Penyakit Anjing Gila
日本脳炎	Enzephalitis japonica	일본뇌염	Radang Otak Jepang
風しん	Röteln	풍진	Rubella
おたふくかぜ	Mumps	유행성 이하선염 (항아리손님)	Penyakit Gondok
インフルエンザ b菌	Grippe Typ B	인플루엔자 b균	Hemofilia Influenza Type b
A型肝炎	Hepatitis Typ A	A형간염	Hepatitis A
MMR	MMR (Masern, Mumps, Röteln, kombiniert)	MMR (마진, 유행성 이하선염, 풍진)	3 hari tiga (Campak, Penyakit Gondok, Campak)

「予防接種に関する医学用語」の対訳一覧 (3/4)

日本語 Japanese	ポルトガル語 Portuguese	ロシア語 Russian	スペイン語 Spanish
BCG	BCG	Противотуберкулезная вакцина	Reacción de Tuberculina e Inoculación de BCG
ポリオ	Poliomielite	Полиомиелит	Poliomielitis
3種混合(DPT)	Difteria, Conqueluche e Tétano Combinado (DPT)	Дифтерия, Коклош, Столбняк в комбинации (Трехвалентная вакцина)	Difteria, tos ferina y tétanos combinados (DPT)
麻疹	Sarampo	Корь	Sarampión
破傷風	Tétano	Столбняк	Tétanos
水痘	Varicela	Ветряная оспа	Varicela
B型肝炎	Hepatite B	Гепатит B	Hepatitis B
狂犬病	Raiva / Hidrofobia	Бешенство	Hidrofobia/ Rabia Canina (Vacuna Antirrábica)
日本脳炎	Encefalite Japonesa	Японский энцефалит	Encefalitis japonesa
風しん	Rubéola	Краснуха	Rubeola
おたふくかぜ	Papeira / Caxumba	Свинка	Parotiditis/ Papeiras
インフルエンザ b菌	Influenza Tipo B	Гемофильные бактерии гриппа типа b	Gripe Tipo B
A型肝炎	Hepatite A	Гепатит A	Hepatitis A
MMR	Combinação de Sarampo, Papeira e Rubéola	MMR Вакцина (Корь, Заушница, Краснуха в комбинации)	Combinación de Sarampión, Parotiditis y Rubeola

「予防接種に関する医学用語」の対訳一覧 (4/4)

日本語 Japanese	タガログ語 Tagalog (フィリピン)	タイ語 Thai	ベトナム語 Vietnamese
BCG	BCG	บีซีจี	Lao
ポリオ	Polyo	โรคโปลิโอ	Bại liệt
3種混合(DPT)	Dipterya, Ubong dalahip, at Tetano (DPT)	โรคคอตีบ,โรคไอกรน โรคมบาดทะยัก (ดีพีที)	Bạch hầu, Ho gà, Uốn ván (DPT)
麻しん	Tigdas	โรคหัด	Sởi
破傷風	Tetano	โรคมบาดทะยัก	Uốn ván
水痘	Barisella	โรคอีสุกอีใส	Thủy đậu
B型肝炎	Hepatitis B	โรคตับอักเสบบวม B	Viêm gan virus B
狂犬病	Rabis	โรคสุนัขบ้า	Bệnh dại
日本脳炎	(Hapones) na pamamaga ng utak	โรคไขสันหลังอักเสบญี่ปุ่น	Viêm não Nhật Bản
風しん	Rubella	โรคหัดเยอรมัน	Rubela
おたふくかぜ	Beke	โรคคางทูม	Quai bị
インフルエンザ b菌	Haymopilus Influenza Type b	โรคไขหวัดใหญ่ชนิด b	Haemophilus Influenza thể B
A型肝炎	Hapataytis A	โรคตับอักเสบบวม A	Viêm gan virus A
MMR	Tigdas, Beke, Rubella	โรคหัด โรคคางทูม โรคหัดเยอรมัน	MMR (Sởi, Quai bị, Rubela)

麻しん (はしか) 予防接種予診票 (甲)

住所	北区	丁目	番	号		
			様方			
受ける人の氏名	(ふりがな)	男・女	年	月	日生	(満 歳 ヶ月)
保護者氏名	(ふりがな)					
			電話	—		

※必ず「予防接種と子どもの健康」を読んだ上、各項目に○

あるいは必要事項を記入してください。

質 問 事 項	診察前の体温		度 分	
	回答欄	回答欄	医師の欄	医師の欄
今日受ける予防接種について区から配られている説明書(予防接種と子どもの健康)を読みましたか	はい	いいえ		
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない		
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ		
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)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ		
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	はい	いいえ		
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(平成 年 月頃)	はい	いいえ		
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ		
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	はい	いいえ		
お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ		
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前 ()	はい	いいえ		
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ		
6ヶ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	はい	いいえ		
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ		
医師の記入欄 平成 年 月 日 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) 医師のサイン				

予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか(はい・見合わせる) 保護者のサイン

(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

Checklist for Measles Immunization.

Place:

Address				
Name	Male Female	Year	Month Day	
Guardian Name	Telephone:			

Do not forget to read the booklet. 'Immunization and child health'.

After reading it, please check each questionnaire

Questionnaire	Temperature		Doctor Comments
	°C		
Did you read the notice of vaccination from your ward/city?	Yes	No	
What was the weight of your child at birth? in grams	Yes	No	
Was there any abnormal thing at the time of delivery?	Yes	No	
Was there anything abnormal after the birth of the child?		No	
Is your child feeling uncomfortable today? If yes, give details ()	Yes	No	
Had your child been sick during the past one month? If yes, give the name of disease: ()	Yes	No	
Does someone in your family or your friend have measles, rubella, varicella and mumps and so on, during the past one month? If yes, give the name of disease: ()	Yes	No	
Does your child have any vaccination during the last one-month? If yes, give the names of the vaccination: ()	Yes	No	
Has your child been sick of some specific diseases since birth (congenital disease, heart, kidney, liver, brain, immunodeficiency and other diseases) and consulted a doctor?	Yes	No	
If yes, give the name of disease ()	Yes	No	
Did the child have the history of convulsions?	Yes	No	
Did your child have fever at the time of convulsions?	Yes	No	
Did your child have a history of drug or food allergy? (Like skin eruptions or urticaria etc)	Yes	No	
Was anyone in your family diagnosed as having immunodeficiency?	Yes	No	
Did your child feel bad after the vaccination, previously?	Yes	No	
Did someone in your family have the history of becoming sick after immunization vaccines?	Yes	No	
Did your child have the history of blood transfusion and injection of *gamma globulin during the past six months? If yes, give year and month	Yes	No	
Do you have any question regarding today's immunization?	Yes	No	
Doctors notes: Year Month Day After physical examination, the child is recommended for immunization: (Yes / Postponed). Signature:			

After the doctors examination and explanation by doctor, are you willing to give immunization to your child?

(Yes / Postponed).

Signature by parent/ guardian

* Gamma globulin is a kind of blood component and is used for prevention of Hepatitis A transmission or severe infectious disease, if your child has the history of receiving gamma globulin within 3-6 months, then the measles immunization will not be effective.

Name of vaccine used	Quantity immunized	Place of immunization; Name of doctor
The name of vaccine; dried attenuated live measles	Subcutaneous injection: 0.5 ml	Place where immunization was conducted: Name of Doctor Signature
Lot no:		Date of immunization: Year Month Day

麻疹预防接种预检表 (甲)

区

住址	区		
小儿姓名	男·女	年 月 日出生 (满 岁 月)	
家长姓名	电话 —		

※请务必阅读「预防接种与小儿健康」, 然后选择或填写各项栏目

提 问 事 项	体 温		度 分	医师记入栏
	回 答 栏			
今天接受预防接种的区的通知「预防接种与小儿健康」您是否已阅读	是	否		
请问有关孩子的发育史 出生体重 () g 分娩时是否有异常情况 出生后是否有异常情况 在以往的婴儿健康体检检查中是否有异常	是 是 是	否 否 否		
孩子今天身体是否哪儿不舒服 请具体写明症状 ()	是	否		
最近一个月内孩子是否生过病 病名 ()	是	否		
最近一个月内是否有家属或朋友患了麻疹, 风疹, 水疱疹, 流行性腮腺炎等疾病 病名 ()	是	否		
最近一个月内孩子是否接受过预防接种 预防接种名 ()	是	否		
孩子自出生以后是否患过特殊疾病(先天性异常, 心脏, 肾脏, 肝脏, 脑神经, 免疫不全症及其他疾病)并接受医生诊疗 病名 ()	是	否		
医生是否说可以接受今天的预防接种	是	否		
孩子是否发生过痉挛(抽筋) (年 月)	是	否		
那时是否伴有发热	是	否		
孩子是否由于药品或食品而皮肤发疹或荨麻疹或感到身体不适	是	否		
家属中是否有人被诊断患了先天性免疫不全症	是	否		
以前, 孩子在接受了预防接种后是否感到身体不适 预防接种名称 ()	是	否		
家属中是否有人曾在接受了预防接种后感到身体不适	是	否		
最近六个月内孩子是否接受过输血或丙种球蛋白注射	是	否		
对于今天的预防接种有何提问	是	否		
医生记入栏 年 月 日 根据以上问诊和体格检查, 今天的预防接种 (可接种·不可接种) 医生签名				

根据以上预检结果, 今天的预防接种 (接受·不接受) 保护者(家长)签名

(注) 丙种球蛋白是血液制剂之一, 注射可用于预防 A 型肝炎等传染病及治疗重症感染症等, 3~6 个月以内接受过丙种球蛋白注射的小儿, 其麻疹预防接种的效果可能不十分理想。

使用疫苗名称	接种量	实施地点·医师姓名
干燥弱毒活麻疹疫苗	(皮下接种)	实施地点 医师姓名
Lot No.	0.5 ml	接种年月日 年 月 日

(Zur Vorlage beim Bezirksamt)

Fragenblatt zur Masernimpfung Bezirk

Adresse			
Name für die Impfung vorgeesehenen Kindes	Geschlecht	Geboren am . 200	
	M W	(Jahr Monate)	
Name des Erziehungsberechtigten	Tel-Nr:		

※Zuerst unbedingt „Vorsorgeimpfung und Gesundheit der Kinder“ lesen, ○
und dann Zutreffendes, bitte, ankreuzen!

Fragenliste	Temperatur zum Zeitpunkt der Untersuchung		Grad	Min
	Ja	Nein	Für den Arzt	
Haben Sie die Benachrichtigung Ihres Bezirks über die heutige Impfung gelesen?	Ja	Nein		
Frage zur Entwicklung Ihres Kindes Geburtsgewicht: Gramm	Ja	Nein		
Komplikationen bei der Geburt	Ja	Nein		
Komplikationen nach der Geburt	Ja	Nein		
Wurden Sie bei den regelmäßigen Säuglingsuntersuchungen auf Komplikationen hingewiesen	Ja	Nein		
Fühlt sich Ihr Kind heute wohl oder kränkt es? ()	Ja	Nein		
War Ihr Kind während der letzten fünf Wochen krank? Es handelt sich um (bez. der Krankheit)	Ja	Nein		
Hatte während der letzten fünf Wochen irgendjemand in Ihrer Familie Masern, Röteln, Mumps o. ä. ? Es handelt sich um (bez. der Krankheit)	Ja	Nein		
Wurde Ihr Kind während der letzten fünf Wochen geimpft? Name der Impfung ()	Ja	Nein		
Stand das Kind bisher wegen einer spezifischen Krankheit (erbliche Krankheiten, Herz, Nieren, Leber, Gehirnnerven, Immun-Insuffizienz, andere Krankheiten) in Untersuchung? Es handelt sich um (bez. der Krankheit)	Ja	Nein		
Sagte der Arzt, der das Kind auf diese Krankheiten hin untersuchte, dass die heutige Impfung problemlos durchgeführt werden könne?	Ja	Nein		
Hat Ihr Kind an Kämpfen gelitten? (In welchem Alter?)	Ja	Nein		
War es dabei auch fiebrig?	Ja	Nein		
Hat Ihr Kind durch Nahrung oder Medikamente bedingt schon einmal einen Ausschlag oder eine Hautrötung bekommen?	Ja	Nein		
Wurde bei einem Ihrer Kinder erbliche Immun-Insuffizienz diagnostiziert?	Ja	Nein		
Zeigte Ihr Kind früher schon auf eine Impfung eine negative Reaktion? Name der Impfung ()	Ja	Nein		
Reagieren andere Familienangehörige negativ auf Impfungen?	Ja	Nein		
Hat Ihr Kind während des letzten halben Jahres eine Bluttransfusion oder eine Gammaglobulin-Injektion bekommen?	Ja	Nein		
Haben Sie hinsichtlich der heutigen Impfung noch Fragen?	Ja	Nein		
Vom diagnostizierenden Arzt auszufüllen 200 Als Ergebnis dieser Untersuchung wird ▪ die heutige Impfung als unbedenklich angesehen ▪ wird von der Impfung zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgeraten) Unterschrift des Arztes				

Ich habe die Erklärungen des Arztes entgegengenommen und möchte, dass mein Kind heute NICHT geimpft wird.
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

(Anm.): Gammaglobulin ist ein Blutplasmaerzeugnis, das auch zur Prophylaxe von Infektionen wie A-Hepatitis und zur Heilung von schweren Infektionen injiziert wird. Es ist möglich, dass bei Patienten, die innerhalb der vergangenen 3 bis 6 Monate vor der Impfung eine solche Injektion erhalten haben, die Wirkung der Masernimpfung sich nicht voll entfaltet.

Verwendetes Vakzin	Impfmenge	Wird durchgeführt in....., von
Name des Vazins: Trockenes schwachgiftiges Masernvakzin Ampullen-Nr.	(subkutan) 0.5 ml	Ort der Impfung: Name des Arztes: Datum der Impfung 200

(구약소 제출용) **홍역 예방접종예진표 (갑)** 복구

주소	복구		정목	번호
받을사람 성명	후리가나	남 여	년 월 일생 (만 세 개월)	씨방
보호자 성명	후리가나		전화	—

※반드시 『예방접종과 어린이의 건강』을 읽으신 후에 각 항목에 ○
혹은 필요사항을 기입하여 주시기 바랍니다.

질문사항	진찰전의 체온		도분	
	회	답	란	의사기입란
오늘 받은 예방접종에 대해 구에서 배부된설명서(예방접종과 어린이의건강)를 읽으셨습니까?	네	아니오		
당신의 자녀 발육에 대해서 물어 보겠습니다. 출생체중()kg 분만시 이상이 있었습니까? 출생후에 이상이 있었습니까? 유아건강에 이상이 있다고 말한적이 있습니까?	유 유 유	무 무 무		
오늘 몸에 상태가 안좋은 곳이 있습니까? 상태가 안좋은 증상을 기입하여 주세요.()	네	아니오		
최근 1개월 이내에 병에 걸리었습니까? 병명()	네	아니오		
1개월 이내에 가족이나 친구들중에 홍역,풍진,수두,유행성이하선염등에 걸린 분이 계십니까? 병명()	네	아니오		
1개월 이내에 예방접종을 받으셨습니까? 예방접종명()	네	아니오		
태어나고나서 지금까지 특별한 병(선천성 이상,심장,신장,간장,뇌신경,면역부전증,그외의 병)에 걸려서 의사의 진찰을 받고 있습니까? 병명()	네	아니오		
그 병을 진찰하신 의사가, 오늘 예방접종을 받아도 좋다고 말씀하셨습니까?	네	아니오		
정련을 일으킨적이 있습니까? (평성 년 월경)	네	아니오		
그때에 열이 있었습니까?	네	아니오		
약이나 식품에 의해 피부에 발진이나 두드러기가 생기거나 몸의 상태가 안좋은적이 있습니까?	네	아니오		
자녀중에 선천성 면역부전이라고 진단된 분이 계십니까?	네	아니오		
지금까지 예방접종을 맞고 기분이 안좋은적이 있습니까? 예방접종명()	네	아니오		
가족중에 예방접종을 맞고 기분이 안좋은 분이 계십니까?	네	아니오		
6개월 이내에 수혈 혹은 감마글로블린 접종을 받으셨습니까?	네	아니오		
오늘 예방접종에 관해서 질문이 있으십니까?	네	아니오		
의사 기입란	평성	년	월	일
이상 문진및 진찰 결과, 오늘 예방접종은 (가능 · 상황을 봄) 의 사 사인				

예진결과를 듣고 오늘 예방접종을 맞았습니까? (네 · 상황을 봄) 보호자 사인

(주)감마글로블린은,혈액제의 일종으로서, A형간염등 감염증 예방목적이나 중증의 감염증 치료목적등으로 주사로 맞으며, 이 주사를 3~6개월 이내에 맞으신 분은, 홍역이기 때문에 예방접종의 효과가 충분히 안나올수가 있습니다.

사용약명	접종량	실시장소 · 의사명
약명 건조약독생홍역약전	(피하접종)	실시장소 의사명
Lot No.	0.5 ml	접종년월일 평성 년 월 일

(区役所提出用)

麻疹 (はしか) 予防接種予診票 (甲)

北 区

alamat			
(nama anak)	(ふりがな)	(laki-laki) (perempuan)	
nama lengkap penanggung jawab/ (nama ibu)	(nomor telepon)		

* Lingkariilah jawaban pertanyaan yang paling sesuai bagi Anda dan anak (anak-anak) Anda, atau salah tempat yang kosong jika diperlukan, setelah Anda membaca buket mengenai "Vaksinasi dan Perawatan Kesehatan Anak"

suhu badan
sebelum
pemeriksaan

度 分

質 問 事 項	pertanyaan-pertanyaan yang harus A (anda jawab)		dicantumkan di atas di atas
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 semerjak 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 transfusi 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/ditangguhkan) 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
------------------------------	------------------	-------------------------------

Questionário Médico Para Receber a Vacina Contra Sarampo

Endereço			
Nome da Criança	Sexo F · M	Data de nascimento Ano _____ Mês _____ Dia _____	
	Idade completa Ano(s) _____ Mês(es) _____		
Nome do Responsável	Telefone: _____		

* Após ler o folheto explicativo "Vacinas e a Saúde das Crianças", favor marcar com um círculo as respostas e preencher sem falta os lugares necessários.

QUESTIONÁRIO	Temperatura do corpo antes da consulta		Graus	dec
	RESPOSTA		Espaço preenchido pelo médico	
Você leu o folheto explicativo da vacina que seu filho irá receber hoje? (Vacinas e a Saúde das Crianças)	Sim	Não		
Histórico da Criança: Peso quando nasceu _____ g Apresentou alguma anomalia na hora do parto? Apresentou alguma anomalia após o nascimento? Foi detectado alguma anomalia no exame feito para a saúde do bebê?	Sim	Não	Sim	Não
Seu filho sentiu-se mal hoje? Escreva os sintomas: (_____)	Sim	Não		
Ele esteve doente nestes últimos meses? Qual doença? (_____)	Sim	Não		
Alguém da família ou algum colega pegou alguma dessas doenças: sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc...? Nome da doença? (_____)	Sim	Não		
Ele recebeu alguma vacina preventiva nestes últimos meses? Nome vacina? (_____)	Sim	Não		
Desde que nasceu até hoje, seu filho foi preciso fazer alguma consulta médica, devido alguma doença grave? (alguma anomalia de nascença, doença do coração, rins, fígado, neuro cerebral, deficiência imunológica, etc.) Nome da doença (_____)	Sim	Não		
Em relação a pergunta acima, o médico que trata do seu filho autorizou receber a vacina de hoje?	Sim	Não		
Alguma vez seu filho sofreu de convulsão? Idade _____	Sim	Não		
Quando ele sofreu de convulsão, apresentou algum sintoma de febre?	Sim	Não		
Seu filho já passou mal ou teve algum problema de pele, como a urticária ou erupções, devido algum remédio ou alimento?	Sim	Não		
Alguns dos seus filhos foi diagnosticado pelo médico, como tendo alguma deficiência imunológica congênita?	Sim	Não		
Seu filho já passou mau, após receber alguma vacina preventiva? Nome da vacina (_____)	Sim	Não		
Alguém da família já passou mau, após receber alguma vacina preventiva?	Sim	Não		
Seu filho recebeu injeção de gamaglobulina ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses?	Sim	Não		
Você tem alguma pergunta em relação a vacinação de hoje?	Sim	Não		
Este espaço está reservado ao médico				
Ano _____ Mês _____ Dia _____ A vacinação de hoje será (possível · adiada) baseada nos resultados do exame do questionário acima Assinatura do médico _____				
Após o resultado do exame, deseja que seu filho receba a vacina de hoje? (sim · desejo adiar)				
Assinatura do responsável _____				

Aviso: A gamaglobulina é um certo tipo de proteína sanguínea usada no tratamento de infecções graves e também na prevenção de doenças contagiosas como a Hepatite tipo A. A Vacina contra sarampo entre outras, poderá não apresentar resultados eficientes em pessoas que receberam esta injeção (gamaglobulina) nos últimos 3 à 6 meses.

Nome da Vacina	Quantidade	Local de realização · Nome do médico
Nome: Vacina contra sarampo	(Vacina subcutânea) 0.5 ml	Local de realização: _____ Nome do médico: _____ Data da vacinação: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____
Lot No. _____		

