

Questionário Preliminar Para a Vacinação Contra Influenza

子どものインフルエンザ予防接種予診票 (ポルトガル語)

回目

Nome 氏名		M男 · F女	Data de Nascimento 生年月日	ano年 (満)	mês月 Ano(s)歳	dia日 mes(es)ヵ月)
Endereço 住所	Toyohashi-shi/豊橋市		Tel 電話			
Nome do Responsável 保護者の氏名			Temperatura corporal antes do exame (Medido na instituição médica) 診察前の体温 (医療機関で測定)		度 分 °C	

Perguntas 質問事項	Resposta 回答欄		医師記入欄
Qual dose de vacina contra influenza (desta estação do ano) estará tomando hoje? 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1ª 1回目	2ª 2回目	
Está se sentindo mal hoje? Se estiver, descreva os sintomas especificamente. () 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	sim はい	não いいえ	
Atualmente, está realizando algum tratamento médico? Se estiver, cite o nome da(s) doença(s) () 現在、何かの病気で医師にかかっていますか (病名)	sim	não	
Ficou doente nestes últimos 30 dias? 1か月以内に病気にかかりましたか Se ficou, qual o nome da doença? 病名() Quando? いつ頃 (Desde mês月 dia日 ~até mês月 dia日)	sim	não	
Desde o nascimento até hoje, já foi diagnosticado e realiza acompanhamento médico de doenças como anomalia congênita, sangue, doença cardíaca, renal, hepática, nervo-cerebral, imunodeficiência, etc.? Nome da(s) doença(s) () 生まれてから今までに先天性異常、心臓、血液、腎臓、肝臓、脳神経、血液、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 病名 ()	sim	não	
Alguém dos seus parentes próximos foi diagnosticado com deficiência imunológica congênita? 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	sim	não	
Alguma vez já sofreu convulsão? ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか Aproximadamente aos () aos 歳頃 Para quem respondeu "Sim", na ocasião apresentou febre? 「はい」と答えた方へ その時熱がでしたか	sim	não	
Alguma vez, já se sentiu mal, apresentou erupção cutânea ou urticária, devido a algum medicamento ou alimento(galinha ou ovo,etc)? 薬や食品(鶏肉や鶏卵など)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	sim	não	
Já foi diagnosticado e está realizando tratamento atualmente para pneumonia intersticial, asma brônquica ou outra doença respiratória? これまでに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在治療中ですか	sim	não	
Já passou mal após tomar alguma vacina? Se passou, cite o nome da(s) vacina(s).() 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 予防接種の種類 ()	sim	não	
Nestes últimos 30 dias, algum membro da família ou amigo, que sempre tem contato, ficou com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou outras doenças contagiosas? 1か月以内に家族や遊び仲間、に麻しん、風しん、水痘、おたよとかぜ等の病気の方がいましたか Se sim: Nome da(s) doença(s) 病名 () Quem? 誰が () Quando?いつ頃 ()	sim	não	
【Para as mulheres】 Atualmente, há a possibilidade de estar grávida? 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか	sim	não	
【Caso a pessoa que receberá a vacina for criança】 接種を受ける方がお子さんの場合 A criança teve algum problema de saúde durante o parto, na hora do nascimento, em exame infantil, etc.? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	sim	não	
Tem alguma pergunta relacionada à vacina de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	sim	não	

Para preenchimento médico 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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明をしました。

医師署名又は記名押印

Declaro que realizei a consulta médica e recebi a explicação do médico, e mediante a compreensão dos seus efeitos e finalidades, sistema de ajuda às vítimas com sequelas na saúde e a possibilidade de apresentação de efeitos colaterais graves da vacina preventiva, etc.
(*同意します Concordeo · 同意しません Não concordo) com a aplicação da vacina. *Circule o item desejado entre os parenteses.
Os dados do questionário serão utilizados exclusivamente para a segurança da vacina e os dados pessoais não serão usados para outros fins.
Cliente disso, concordo que os dados da vacina sejam apresentados à Prefeitura de Toyohashi.

Assinatura do responsável 保護者署名

使用ワクチン	接種量 (皮下接種)		実施場所 · 医師名 · 接種年月日
Lot No. シール貼付場所	1~3歳未満 0.25 ml	3歳以上 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日