

児童・生徒用 日本脳炎予防接種予診票 兼接種・非接種通知書

QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA ENCEFALITE JAPONESA

3

Idade alvo para 2ª Fase (de 9 anos até antes de completar 13 anos de idade)

Pode ser usado também em casos excepcionais de vacinação não realizada na 1ª Fase, para crianças com 13 anos incompletos. (Crianças que não completaram 9 anos, não podem realizar a 2ª Fase).

13歳未満の特例対象者に対する第1期の不足分の接種にも使用できます。(9歳未満は第2期の接種はできません)

Favor preencher os espaços em branco e circular a resposta apropriada (principalmente os quadros em negrito)

医療機関確認欄				
今回接種として該当するものを○で囲んでください。				
接種回数	第2期	第1期初回 1回目分 として接種	第1期初回 2回目分 として接種	第1期 追加分 として接種
		25	21	22

Data de vacinação 申込年月日		Ano年	Mês月	Dia日
Endereço 住所		Hamamatsu-shi		Temperatura 診察前の体温
フリガナ				Telefone 電話
Nome da criança 受ける人の氏名		Sexo 性別	Data de Nascimento 生年月日	
Nome do responsável 保護者の氏名		() M 男 () F 女	ano年	mês月
			dia日	
			anos e 歳	mesesヶ月

Perguntas	Respostas	Dr.	
Está com algum problema de saúde hoje? 今日体に具合の悪いところがありますか Caso sim, indique os sintomas : 具体的な症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
Esteve doente nestes últimos trinta dias? 最近1ヵ月以内に病気になるかかりましたか Caso sim, indique a doença 病名 ()	Sim	Não	
Nestes últimos trinta dias, alguém próximo(familiares, amigos) teve doenças como sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc? 最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか Caso sim, indique a doença 病名 ()	Sim	Não	
A criança recebeu alguma vacina nestes últimos trinta dias? (Caso sim, descrever a data e circular a última vacina) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか (受けた場合には最後に接種した年月日とワクチンの種類に○を記入してください) Data 接種年月日 ano年 mês月 dia日 •Encefalite Japonesa 日本脳炎 • Difteria / Tétano DT • Vacina contra câncer uterino子宮頸がん予防 •Outrosその他 ()	Sim	Não	
Desde o nascimento até a presente data, a criança foi examinada devido a anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, neurológica, imuno-deficiência ou outra doença grave? Está tendo acompanhamento médico? 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、医師の診察を受けていますか Caso sim, indique a doença病名 ()	Sim	Não	
O médico que faz o acompanhamento desta doença autorizou a vacinação de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種をうけてよいといわれましたか	Não	Sim	
Já teve convulsão alguma vez? ひきつけを起こしたことがありますか Caso sim, com que idade? () anos歳頃	Sim	Não	
Na ocasião apresentou febre? そのとき熱が出ましたか	Sim	Não	
Já teve urticária ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento? 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 Caso sim, qual alimento ou medicamento? 薬・食品名 ()	Sim	Não	
Tem algum parente próximo com imuno-deficiência 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	
Já passou mal alguma vez após ser vacinado? 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 Caso sim, qual foi a vacina? 予防接種の種類 ()	Sim	Não	
Algum parente próximo já passou mal alguma vez após ser vacinado? 近親者に接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	Sim	Não	
Tem alguma dúvida com relação à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim	Não	
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は Através do resultado, a vacinação de hoje será: Uso médico 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 Expliquei ao responsável, quanto a eficácia e os efeitos colaterais da vacina, inclusive sobre o Sistema de Compensação por danos a saúde causados pela vacina.	3 可能 Possível	2 見合わせる Adiada	医師のサイン Assinatura do médico

(注) ワクチンの種類・有効期限を要確認

Após exame e explicação médica, ciente da sua eficácia, objetivo, possíveis efeitos colaterais graves e do Subsídio por Danos à Saúde Causados pela vacinação etc. concorda com a vacinação?	Sim 同意します	Não 同意しません	Assinatura do responsável 保護者自署
Este questionário tem como objetivo assegurar a qualidade da vacinação preventiva. Ciente deste fato, concordo que este questionário seja apresentado à cidade de Hamamatsu.			

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所		
Lot No.	0.5	医師名		
(注)有効期限が切れていないか要確認	mL	接種年月日(非接種判定日) 年 月 日		