

ロタウイルス感染症予防接種予診票 QUESTIONÁRIO DA VACINAÇÃO CONTRA O ROTAVÍRUS

Preencha de caneta, os espaços em branco e círculo o item correspondente (De modo legível principalmente os quadros em negro)

医療機関確認欄				
1回目		2回目		3回目
ロタリックス 30-1	ロタテック 31-1	ロタリックス 30-2	ロタテック 31-2	ロタテック 31-3
<input type="checkbox"/> 出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか		<input type="checkbox"/> 前回接種の翌日から27日以上の間隔が空いていますか		
		<input type="checkbox"/> 前回と同じワクチンですか		

Дата de vacinação 申込年月日	20	Ano年	Mês月	Dia日
----------------------------	----	------	------	------

				Temperatura 診察前の体温	°C
Endereço 住所	Hamamatsu-shi			Telefone 電話	
フリガナ Nome da criança 受ける人の氏名	M 男	Data de Nascimento 生年月日	Reiwa 令和 (Semanas nascimento)	Ano年	Mês月 Dia日生
Nome do responsável 保護者の氏名	F 女	Contando 1 dia após o nascimento como o 1º dia			

Perguntas		Respostas		Dr.
Você leu e compreendeu no explicativo, [Vacinação e saúde infantil] sobre a vacina que irá efetuar hoje? 今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」または説明書を読み、理解しましたか		Não いいえ	Sim はい	
Recebeu a explicação sobre a intussuscepção e compreendeu? 腸重積症について説明を受け、理解しましたか		Não	Sim	
Sobre o desenvolvimento da criança: あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso ao nascer 出生体重() g Teve complicação no parto? 分娩時に異常がありましたか Teve complicações nos primeiros meses de vida? 出生後に異常がありましたか		Sim	Não	
Nos exames médicos infantis já foi detectado algum problema? 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか		Sim	Não	
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 escreva os sintomas 具体的な症状()		Sim	Não	
Esteve doente nestes últimos trinta dias? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Caso sim, nome da doença 病名()		Sim	Não	
Nestes últimos trinta dias, alguém próximo (familiares, amigos) teve doenças como sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc? 最近1か月以内に、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 Nome da doença 病名()		Sim	Não	
Efetuou alguma vacina nestes últimos trinta dias? 最近1か月以内に、予防接種を受けましたか (Caso sim, escreva a data e círculo o tipo da última vacina) (受けた場合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 Hibヒブ Pneumocócica Infantil 小児用肺炎球菌 Hepatite B B型肝炎 Tetravalente4種混合 Encefalite japonesa 日本脳炎 BCG Outrosその他()		Sim	Não	
Já teve alguma vez intussuscepção? これまでに腸重積症になったことがありますか Ou, está em tratamento de algum distúrbio do trato digestivo congênito? または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか		Sim	Não	
Foi diagnosticado com imuno deficiência? これまでに免疫不全と診断されていますか Ou, teve alguma infecção como otite, pneumonia, diarreia repetidas vezes, aumento do peso irregular? または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重増加が悪かったことがありますか		Sim	Não	
Já teve alguma doença, anomalia congênita, deficiência no estômago・intestino, no coração, no rin, no fígado, hematológicas, neuro cerebral, ou já consultou por motivo de alguma outra doença? これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、その他病気にかかり、医師の診察を受けていますか Nome da 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受けてよいといわれましたか		Não	Sim	
Já teve convulsões? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () Meses か月頃		Sim	Não	
Apresentou febre na ocasião? そのときに熱が出ましたか		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		Sim	Não	
Nome do alimento・medicamento 薬・食品名()				
Já passou mal alguma vez após a vacinação? 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		Sim	Não	
Qual o tipo da vacina? 予防接種の種類()				
Durante a gestação a mãe precisou ser medicada com medicamentos para controle da imunidade? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか Nome do medicamento 薬剤名()		Sim	Não	
Tem algum parente próximo que foi diagnosticado 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	
Algum parente próximo já passou mal após a vacinação? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか		Sim	Não	
Tem alguma dúvida com relação a 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 Usado dico	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は	3 可能 Possível	2 見合わせる Adiada	医師のサイン
保護者に対して、予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした。				(注)ワクチンの種類・有効期限を要確認

Após o exame e explicação médica, ciente da sua eficácia, objetivo, possíveis efeitos colaterais graves(principalmente intussuscepção) e do subsídio por Danos à saúde causados pela vacinação etc. concorda com a vacinação de hoje?	Sim 同意します	Não 同意しません	Assinatura do responsável 保護者自署欄
Este questionário tem como objetivo assegurar a qualidade da vacinação preventiva. Ciente deste fato, concordo que este questionário seja apresentado a 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	(経口接種) ロタリックス 1.5mL	実施場所		
Lot No.	ロタテック 2.0mL	医師名		
(注)有効期限が切れていないか要確認	該当欄に○	接種年月日(非接種判定日)	20	年 月 日