

# Ficha para vacina contra Herpes Zoster da cidade de Iga

1a dose (para ano fiscal 2025)

Preencha ou faça um check  nos itens que estão no quadro em  
伊賀市帯状疱疹予防接種予診票 1回目 (令和7年度用) ポルトガル語 negrito. Escreva legível, porque será lido pelo sistema AI-OCR.

Endereço do atestado de residência	Mie ken Iga shi												Telefone	( ) —				
Nome (Katakana)	Comece pela esquerda, utilize um quadradinho para os símbolos também, escreva legível. Quando não couber, pode ignorar os quadradinhos, mas escreva completo.																	
Nome																		
Data de Nascimento (Era)	Marque um check <input checked="" type="checkbox"/> na Era japonesa que nasceu				□ 大正	□ 昭和	ano	mês	dia	idade	□□□	歲)	□ M	□ F	Temperatura antes da consulta	□□□	graus	□ 分

Questionário		Resposta	医師記入欄
Leu e compreendeu o folheto 「Para as pessoas que tomarão a vacina contra Herpes Zoster」?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Compreendeu quais são os efeitos, as reações entre outros da vacina de hoje?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
A vacina de Herpes Zoster que vai aplicar hoje é a 1a dose da vacina periódica?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Atualmente, está com alguma doença? Nome da doença ( )		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Está fazendo algum tratamento (medicamento ou outros)?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O médico que faz o tratamento desta doença autorizou a tomar a vacina de hoje?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Foi diagnosticado que tem imunodeficiência?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Está se sentindo mal hoje? Descreva o sintoma ( )		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Passou mal ou teve urticária por causa de algum medicamento ou alimento?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Já passou mal após tomar alguma alguma vacina?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome da vacina		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Teve epilepsia (convulsão) alguma vez?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tomou alguma vacina há menos de 1 mês? Tipo da vacina( )		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem alguma doença crônica como doença do coração, rim, fígado, de sangue ou outra doença? Nome da doença( )		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O médico que faz tratamento dessa doença autorizou a tomar a vacina de hoje?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Teve febre ou contraiu alguma doença há menos de 1 mês? Nome da doença( )		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Fez transfusão de sangue ou tomou injeção de gamaglobulina há menos de 6 meses?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem alguma pergunta sobre a vacina de hoje?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、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、説明した	医師署名又は記名押印
-------	--	------------

## Pedido de aplicação da vacina contra Herpes Zoster

Consultou com médico, recebeu explicações, compreendeu o efeito, reações entre outros, e deseja tomar a vacina? (  Desejo (接種を希望します)  Não desejo (接種を希望しません) )

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança na vacinação.  
Ciente disso, eu autorizo que este questionário seja entregue à prefeitura.

年 Ano 月 mês 日 dia Paciente deve escrever seu próprio nome (obrigatório) \_\_\_\_\_

Se não puder escrever, pode ser um representante, nesse caso escreva o nome do representante e a relação com o paciente.

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号・接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。	
	シール貼付位置 (注)有効期限が切れていないか確認 ※「生ワクチン」「不活化ワクチン」どちらかにチェック <checkbox>を入れてください。</checkbox>	0.50 ml	実施場所 医師名		医療機関等コード 接種年月日 (※記入例) 4月1日→04月01日	
<input type="checkbox"/> 生ワクチン 皮下注射 ( 左 · 右 ) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン 筋肉内注射 ( 左 · 右 )				202□ 年 □□□ 月 □□□ 日		