

高齡者等インフルエンザ予防接種予診票-ポルトガル語
Preencha ou faça um check ☒ nos itens que estão no quadro em
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 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="text"/> <input type="text"/> ano <input type="text"/> <input type="text"/> mês <input type="text"/> <input type="text"/> dia idade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳) <input type="checkbox"/> 昭和						<input type="checkbox"/> M • <input type="checkbox"/> F		Temperatura antes da consulta <input type="text"/> <input type="text"/> graus <input type="text"/> 分			

Questionário	Resposta		医師記入欄
Já leu o Folheto explicativo da vacina contra a Influenza que vai tomar hoje, distribuído pela prefeitura?	<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	
Atualmente, está com alguma doença?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Nome da doença ()			
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?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Descreva o sintoma. ()			
Tem alergia de carne de galinha, de ovo ou outros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Já tomou a vacina contra a influenza?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
①Passou mal quando tomou a vacina?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
②Passou mal após tomar outra vacina que não seja contra a influenza?	<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	
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)	医師署名又は記名押印
	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。	

Pedido de aplicação da vacina contra a Influenza

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.

<p>年 Ano</p> <p>月 mês</p> <p>日 dia</p>	<p>Paciente deve escrever seu próprio nome (obrigatório)</p> <p>_____</p>
--	---

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。
	<div>シール貼付位置</div> <div>※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください</div> <div>(注)有効期限が切れていないか確認</div>	<div>0.50</div> <div>ml</div>	<div>実施場所</div> <div>医師名</div>	<div>医療機関等コード</div> <div>接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日</div>