

Cuestionario de Iga para la vacunación contra el Herpes Zóster

1回目(令和7年度用)

※Rellene o marque la casilla dentro del marco en negrita.

Rellene legiblemente ya que el formulario se escaneará mediante OCR AI.

Dirección	Mie Ken Iga Shi												Teléfono	() —	
Nombre en Katakana	※Empiece por la izquierda, use un cuadrado para cada carácter, escriba legiblemente. Si no puede llenar en el espacio provisto, complete sin tener en cuenta los espacios, pero escriba con letra legible.														
Nombre															
Fecha de Nacimiento (calendario Japonés)	※Marque <input checked="" type="checkbox"/> "Taishō" o "Shōwa"			Taishō <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Día			Shōwa <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años			<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M	Temperatura antes de la vacuna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> grados <input type="checkbox"/>		

Cuestionario		Respuestas		医師記入欄
¿Leyó y entendió el contenido de "Para todas las personas que se vacunarán contra el herpes zóster"?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Entiende las ventajas y efectos secundarios de la vacuna de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿La vacuna contra el herpes zóster de hoy es la primera dosis de sus vacunas periódicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Está enfermo actualmente? Enfermedad ()	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Está recibiendo tratamiento (medicación, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Su médico le ha dicho que puede vacunarse hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez le han diagnosticado una inmunodeficiencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Tiene algún síntoma de malestar físico hoy? Síntomas ()	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha tenido sarpullido o urticaria o se ha sentido mal después de ingerir medicamentos o alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez se ha enfermado o sentido mal después de recibir una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Tipo de vacuna ()	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido convulsiones alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? Tipo de vacuna ()	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad crónica del corazón, riñón, hígado, sangre u otra? Enfermedad ()	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿El médico que le atiende por esa enfermedad le ha dicho que puede vacunarse hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Ha tenido fiebre o ha estado enfermo durante el último mes? Enfermedad ()	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido una transfusión de sangre o una inyección de gammaglobulina en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
¿Tiene preguntas sobre la vacuna de hoy?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

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
-------	--	------------

Formulario de solicitud de vacunación contra el Herpes Zóster

El médico le ha examinado e informado sobre los objetivos, ventajas y efectos secundarios. ¿Desea vacunarse? Deseo vacunarme No deseo vacunarme

El objetivo del cuestionario es garantizar la seguridad de la vacunación. Comprendiendo esto, doy mi consentimiento para que este formulario sea enviado a la municipalidad.

Año Mes Día Nombre o Firma

(Si no puede firmar, pida a un representante que firme e incluya su nombre y parentesco con la persona que se va a vacunar).

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	0.50 ml	実施場所		医療機関等コード	
	※「生ワクチン」「不活化ワクチン」どちらかにチェック <checkbox>を入めてください。</checkbox>		医師名		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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	