

伊賀市

市提出用

定期接種用

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票
**Cuestionario para la vacuna antineumocócica
para adultos mayores**

- ① Vacuna periódica
② Mayores de 60 menores de 65 años
※Verifique las condiciones.

※Rellene dentro del marco en negrita.

Dirección	Iga Shi	Teléfono			
Katakana		Sexo	Fecha de Nacimiento	Meiji - Taishō - Shōwa (círcule su año)	
Nombre		H M		año	mes
			Edad	día () años	

Cuestionario		Respuestas		医師記入欄
¿Alguna vez has recibido una vacuna antineumocócica? En caso de «Sí», no puede recibir ésta vacuna periódica.		Sí	No	
¿Ha leído las instrucciones distribuidas por la ciudad sobre la vacuna antineumocócica de hoy?		Sí	No	
¿Entiende las ventajas y efectos secundarios de la vacuna de hoy?		Sí	No	
¿Está enfermo actualmente? En caso de «Sí», escriba la enfermedad ()		Sí	No	
¿Está recibiendo tratamiento (medicación, etc.)?		Sí	No	
¿Su médico le ha dicho que puede vacunarse hoy?		Sí	No	
¿Alguna vez le han diagnosticado una inmunodeficiencia?		Sí	No	
¿Tiene algún síntoma de malestar físico hoy? En caso de «Sí», escriba los síntomas ()		Sí	No	
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad crónica del corazón, riñón, hígado, sangre u otra? En caso de «Sí», escriba la enfermedad ()		Sí	No	
¿El médico que le atiende por esa enfermedad le ha dicho que puede vacunarse hoy?		Sí	No	
¿Ha tenido fiebre o ha estado enfermo durante el último mes? En caso de «Sí», escriba la enfermedad ()		Sí	No	
Durante el último mes, ¿alguno de sus familiares o amigos cercanos ha estado enfermo de gripe, sarampión, rubéola, varicela, paperas u otras enfermedades? En caso de «Sí», escriba la enfermedad ()		Sí	No	
¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? En caso de «Sí», escriba el tipo de vacuna ()		Sí	No	
¿Alguna vez se ha enfermado o sentido mal después de recibir una vacuna? En caso de «Sí», escriba el tipo de vacuna ()		Sí	No	
¿Alguna vez ha tenido sarpullido o urticaria o se ha sentido mal después de ingerir medicamentos o alimentos?		Sí	No	
¿Ha tenido convulsiones alguna vez? En caso de «Sí», esa vez ¿estuvo con fiebre? Edad aproximada()		Sí	No	
¿Alguien cercano de su familia se enfermó después de recibir la vacuna?		Sí	No	
¿Tiene preguntas sobre la vacuna de hoy?		Sí	No	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は [可能 ・ 見合わせる] 本人に対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有益性および副反応、ならびに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師署名または記名押印[]		
-------	--	--	--

Esta sección debe ser completada personalmente (persona a vacunarse) (Por favor, complete esta sección después de que el médico lo haya examinado y haya determinado que usted es elegible para la vacunación).

El médico le ha examinado e informado sobre las objetivos, ventajas y posibles efectos secundarios graves. ¿Desea vacunarse?

[Deseo vacunarme / No deseo vacunarme]

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

Fecha	Reiwa año mes día		
Nombre o firma	※Mismo que el representante firme, rellene aquí también.	Nombre del representante	※Sólo en caso que necesite de representante. (Parentesco:)

ワクチン名 Lot.No.	(有効期限がきてないか確認)	実施場所 医師名	
接種量	0.5mL		
接種年月日	令和 年 月 日		