

高齢者等インフルエンザ予防接種予診票
 ※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" <input type="checkbox"/> Taishō <input type="checkbox"/> Shōwa										Año		Mes		Día		Edad		<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
¿Ha leído las instrucciones distribuidas por la ciudad sobre la vacunación contra la influenza de hoy?		<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	
¿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	
¿Siente algún síntoma de malestar físico hoy? Escriba los síntomas que está sintiendo ()		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es usted alérgico a la carne de pollo o a los huevos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez se ha vacunado contra la influenza?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
①¿En esa vacuna se sintió mal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
②¿O se ha sentido mal después de recibir otra vacuna que no fuera contra la influenza?		<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	
¿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)	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	

El médico le ha examinado e informado sobre las 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> <p>※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください</p> <div> <div>0</div><div>5</div><div>0</div> </div> <p>ml</p> <p>(注)有効期限が切れていないか確認</p>	<p>実施場所</p> <p>医師名</p>	<div>医療機関等コード</div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <p>接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日</p> <div> <div>2</div><div>0</div><div>2</div><div></div> </div> <p>年</p> <div> <div></div><div></div> </div> <p>月</p> <div> <div></div><div></div> </div> <p>日</p>	