

IGA SHI

Periódica

Para entregar

Ficha para vacina antipneumocócica em idosos
高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票 ポルトガル語

- ① Vacina Periódica
② Pessoa acima de 60 e
menor de 65 anos※verifique

Preencha o campo em negrito

Endereço	Iga shi	Temperatura antes da consulta	graus
Em hiragana		Telefone	
Nome da pessoa que tomará a vacina		Sexo	明治・大正・昭和(元号に○をしてください)
		M・F	データ de nascimento
		Idade	完全()歳

Questionário	Resposta	医師記入欄
Já tomou a vacina antipneumocócica alguma vez? Se respondeu "Sim", não poderá tomar a vacina periódica.	Sim Não	
Leu as instruções, da prefeitura, sobre a vacina antipneumocócica?	Sim Não	
Compreendeu quais são os efeitos, as reações e outros da vacina de hoje?	Sim Não	
Atualmente, está com alguma doença? Se respondeu "Sim", nome da doença()	Sim Não	
Está fazendo algum tratamento (medicamento ou outros)?	Sim Não	
O médico que está fazendo tratamento desta doença autorizou a tomar a vacina de hoje?	Sim Não	
Já foi diagnosticado que tem imunodeficiência?	Sim Não	
Está se sentindo mal hoje? Se respondeu "Sim", escreva o sintoma()	Sim Não	
Já teve alguma doença crônica como doença do coração, rim, fígado, sangue ou outra doença? Se "sim", nome da doença()	Sim Não	
O médico que faz o tratamento dessa doença autorizou a tomar a vacina de hoje?	Sim Não	
Teve febre ou contraiu alguma doença há menos de 1 mês? Se respondeu "Sim", nome da doença()	Sim Não	
Alguma pessoa próxima como da família contraiu doença como a influenza, sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou outra doença, há menos de 1 mês? Se respondeu "Sim", nome da doença()	Sim Não	
Tomou alguma vacina há menos de 1 mês? Se respondeu "Sim", nome da vacina()	Sim Não	
Já passou mal após tomar alguma vacina? Se respondeu "Sim", nome da vacina()	Sim Não	
Já passou mal ou teve urticária por causa de algum medicamento ou alimento?	Sim Não	
Teve epilepsia (convulsão) alguma vez?	Sim Não	
Se respondeu "Sim", teve febre nesta ocasião(idade que tinha)	Sim Não	
Tem algum parente próximo que passou mal após tomar vacina?	Sim Não	
Tem alguma pergunta sobre a vacina de hoje?	Sim Não	

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 []
-------	--

Campo para o paciente (pessoa que tomará a vacina) preencher: (Preencha este campo, somente depois que o médico autorizar a aplicação da vacina na consulta médica).
Fez consulta médica, recebeu as orientações sobre os efeitos e o objetivo da vacina, ciente dos benefícios, da possibilidade de efeitos secundários graves e outros, deseja tomar a vacina?

[Desejo希望します ・ Não desejo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.

Data de preenchimento	Reiwa 令和 Ano 年 mês 月 Dia 日	Nome do representante	※Escreva somente se o paciente não puder escrever seu nome.
Escrever seu próprio nome (obrigatório)	※Escrever o nome, mesmo que seja preenchido por representante.		(relação:)

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