FICHA DE PRÉ CONSULTA DA VACINA CONTRA A INFLUENZA PARA IDOSOS E OUTROS

高齢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.

Ende do ate d resid	Mie ken Iga shi Telefo) _		
No	Comece pela esquerda, utilize um quadradinho para os símbolos também, escreva legível. Quando não couber, pode ignne	orar os quadra	dinhos, mas esc	reva completo	
(Kata					
No				āāāā	
Dasc		ı			
Nasc (E	□ヘル ano mês dia idade 歳) □M・□F Temp	eratura		分	
	Questionário	Res	posta	医師記入欄	
Já leu o Folheto explicativo da vacina contra a Influenza que vai tomar hoje, distribuído pela prefeitura			☐ Não		
Compreeendeu quais são os efeitos e as reações da vacina de hoje?			☐ Não		
Atualmente, está com alguma doença?			☐ Não		
Nome da doença (
Est	a fazendo algum tratamento (medicamento ou outros)?	Sim	☐ Não		
O médico que faz o tratamento desta doença autorizou a tomar a vacina de hoje?			☐ Não		
Foi diagnosticado que tem imunodeficiência?			☐ Não		
Está se sentindo mal hoje?			☐ Não		
Descreva o sintoma. ()					
Tem alergia de carne de galinha, de ovo ou outros?			☐ Não		
Já tomou a vacina contra a influenza?			Não		
①Passou mal quando tomou a vacina?			Não		
	assou mal após tomar outra vacina que não seja contra a influenza?	Sim Sim	☐ Não		
Teve epilepsia(convulsão) alguma vez?			☐ Não		
	nou alguma vacina há menos de 1 mês? Tipo da vacina (Sim	☐ Não		
Contraiu alguma doença crônica como doença do coração, rim, fígado, de sangue ou outra doença? Nome da doença()			☐ Não		
O médico que diagnosticou essa doença autorizou a tomar a vacina de hoje?			☐ Não		
Teve febre ou contraiu alguma doença há menos de 1 mês? Nome da doença ()			☐ Não		
Tem alguma pergunta sobre a vacina de hoje?			☐ Não		
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(□ 可能 · □ 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			署名又は記名技	甲印	
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))				
	Paciente deve Este questionário tem como objetivo garantir a segurança na vacinação. 年月月日escrever seu próprio				
Este quositoriais term sonte despute garantia a organização de la escrever seu próprio este questionário seja entregue à prefeitura. Ano mês dia nome (obrigatório)					
	Se não puder escrever, pode ser um representante, nesse caso escreva				
			は枠内に収まるよう記	入してください。	
医師	シール貼付位置	医療機関	等コード 	\dashv	
記入		\v_=¬ ¬ /~/\ :			
欄	知り同じていたことで、	※記人例)4. ▼	月1日→04月01	□	
	(注)有効期限が切れていないか確認 ml	年	月 [_		