

FICHA PARA VACINA CONTRA O COVID-19 PARA IDOSOS

Preencha ou faça um check ☒ nos itens que estão no quadro em negrito. Escreva legível, porque será lido pelo sistema AI-OCR.

Endereço do atestado de residência	Mie ken Iga shi		Telefone	() —
Nome (Katakana)	Comece pela esquerda, utilize um quadradinho para os símbolos também, escreva legível. Quando não couber, pode ignorar os quadradinhos, mas escreva completo.			
Nome				
Dt. Nascimento (Era)	Marque um check <input checked="" type="checkbox"/> na Era japonesa que nasceu			Temperatura antes da consulta
	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	ano <input type="text"/> <input type="text"/> mês <input type="text"/> <input type="text"/> dia idade <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/> graus <input type="text"/> 分

Questionário	Resposta	医師記入欄
Já leu o Folheto explicativo da vacina contra a Influenza que vai tomar hoje, distribuído pela prefeitura?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Compreendeu quais são os efeitos, as reações entre outros da vacina de hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Atualmente, está com alguma doença?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome da doença ()		
Está fazendo algum tratamento (medicamento ou outros)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O médico que faz o tratamento desta doença autorizou a tomar a vacina de hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Foi diagnosticado que tem imunodeficiência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Está se sentindo mal hoje? ()		
Passou mal ou teve urticária por causa de algum medicamento ou alimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Já tomou alguma vacina contra o COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
①Passou mal nesta ocasião?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
②Passou mal após tomar outra vacina que não seja contra a COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Teve epilepsia(convulsão) alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tomou alguma vacina há menos de 1 mês? Tipo da vacina ()	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Tem alguma doença crônica como doença do coração, rim, fígado, de sangue ou outra doença?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome da doença ()		
O médico que faz tratamento dessa doença autorizou a tomar a vacina de hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Teve febre ou contraiu alguma doença há menos de 1 mês?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Nome da doença ()		
Tem alguma pergunta sobre a vacina de hoje?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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	

Pedido de aplicação da vacina contra o COVID-19

Consultou com médico, recebeu explicações, compreendeu o efeito, reações entre outros, e 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.

Ano

mês

dia

Paciente deve
escrever seu
próprio nome
(obrigatório)

Se não puder escrever, pode ser um representante, nesse caso escreva o nome do representante e a relação com o paciente.

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	
	シール貼付位置	筋肉内接種	実施場所			
	※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日		
	(注)有効期限が切れていないか確認			2020年 月 日		