

高齢者インフルエンザ予防接種予診票
Formulário de pré exame de vacinação da influenza para idosos.

出雲市
Cidade de Izumo

《太枠内の事項についてボールペンで記入》

Favor preencher com caneta, o campo que está em negrito.

住所 Endereço		出雲市 Izumo-shi	
氏名 Nome da criança		接種前の体温 Temperatura corporal antes da vacinação	____度 ____分 graus (再検)(Reexame) ____度 ____分 graus
生年月日 Data de nascimento		電話番号 Telefone	
年 月 日生 (満 歳) ano /mês /dia (Idade)			
質問事項 Questionário para vacinação		回答欄 Resposta	医師記入欄 Conclusão do médico
今日受けるインフルエンザの予防接種について説明書(別紙)を読みましたか。 O(a) sr(a) leu as instruções da vacina contra a gripe que vai tomar hoje?		はい Sim	いいえ Não
今日のインフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 O(a) sr(a) compreendeu sobre a eficácia e efeitos colaterais etc, da vacina que irá tomar hoje?		はい Sim	いいえ Não
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () Atualmente está com alguma doença? Nome da doença () 治療 (投薬など) を受けていますか。 Está fazendo tratamento ou tomando medicamentos? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 O médico que acompanha o tratamento desta doença, autorizou a aplicação da vacina que irá tomar hoje?		はい Sim はい Sim はい Sim	いいえ Não いいえ Não 聞かず perguntou
免疫不全と診断されたことがありますか。 Já foi diagnosticado com imunodeficiência? 今日、体に具合の悪いところがありますか。 Hoie, tem alqum local do corpo que não esteia bem? 具合の悪い症状を書いてください。 () Caso tenha, favor anotar os sintomas dos quais não esteja bem.()		はい Sim	いいえ Não
ニワトリの肉や、卵などにアレルギーがありますか。 Tem alergia à carne de frango, ovos, etc?		はい Sim	いいえ Não
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 Já efetuou aplicação da vacina da influenza anteriormente? ①インフルエンザ予防接種で具合が悪くなったことがありますか。 ①Anteriormente passou mal, após aplicação da vacina da influenza? ②インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか。 . . . (例) アナフィラキシー、発熱、発疹、じんましん等 ②Anteriormente passou mal, após ter aplicado outro tipo de vacina que não tenha sido vacina da Influenza? (exemplo) Anafilaxia, febre alta, erupção cutânea, urticária, etc. ①②で“はい”の場合、接種後 () 日頃、どんな具合 () ※接種後2日以内に、発熱・発疹等のアレルギーを疑う症状があった方は接種できません。 Caso a resposta seja "Sim" nos itens ① e ② quantos dias () após aplicação, quais foram os sintomas () ? ※Caso dentro de 2 dias após aplicação da vacina apresentar sintomas de febre, erupção cutânea, etc não ser á possível efetuar aplicação da vacina.		はい Sim はい Sim	いいえ Não いいえ Não いいえ Não
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。 Já teve convulsão anteriormente?		はい Sim	いいえ Não
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 (: 月 日) Efetuou aplicação de vacina neste último mês? Nome da vacina(: mês dia)		はい Sim	いいえ Não
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。 Já teve doença cardíaca, doença renal, doença hepática ou distúrbios sanguíneos? 病名 () Nome da doença () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 O médico que acompanha seu tratamento, autorizou a aplicação da vacina de hoje?		はい Sim はい Sim	いいえ Não 聞かず perguntou
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 Recentemente, teve alguma doença ou febre neste último mês? 病名 () Nome da doença ()		はい Sim	いいえ Não
今日の予防接種について質問がありますか。 Tem alguma dúvida ou pergunta sobre a vacina de hoje?		はい Sim	いいえ Não
医師記入欄 Conclusão do médico	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、予防接種の効果・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。 医師署名 Como resultado da entrevista e do exame acima, a vacinação de hoje é: (possível . adiada) Foi explicada para a pessoa que irá ser vacinada sobre os efeitos, efeitos colaterais da vacina, bem como o Sistema de Alívio de Danos à Saúde causados pela vacinação. Assinatura ou carimbo do médico		

