

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	年 ____月 ____日生 (満 ____歳) ____ano /mês /dia (____Idade)	電話番号 Telefone	
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?		はい Sim	いいえ Não
今日、体に具合の悪いところがありますか。 Hoje, tem algum local do corpo que não esteja bem? 具合の悪い症状を書いてください。()		はい Sim	いいえ Não
Caso tenha, favor anotar os sintomas dos quais não esteja bem.()			
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?		はい Sim	いいえ Não
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 ítems 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 será possível efetuar aplicação da vacina.		はい Sim はい Sim	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、病気にかかりましたか。 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		

ワクチンロット番号 Número do lote da vacina	実施場所・医師名・接種年月日 Instituição/ Nome do médico/ Data da administração
ワクチン名 Nome da vacina：インフルエンザH A ワクチン	実 施 場 所 Local da Instituição
接 種 量 Dosagem：0.5ml	医師名 Nome do médico
L o t No：	接種年月日（ano /mês /dia）da inoculação 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください）

Formulário de solicitação da aplicação da vacina da influenza.
(Favor preencher este formulário depois que for determinado que está qualificado para vacinação, como resultado do exame médico.)

私は、医師の診察や説明を受け、インフルエンザ予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望します。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が出雲市に提出されることに同意します。

Eu, declaro querer efetuar a aplicação da vacina após ter sido examinado pelo médico e ter tido explicações e depois de entender seus efeitos, finalidades e possíveis efeitos colaterais.

Este formulário, tem como objetivo garantir a segurança da vacina.

Compreendi o conteúdo, e autorizo a apresentação deste formulário de pré exame à prefeitura de Izumo.

令和 Ano	年	月Mês	日Dia	被接種者署名	
				Assinatura	
				代 筆 者 署 名	（続柄 Relação ）
				（自署できない場合）	
				Assinatura do representante	
				（Caso não possa ser assinado）	

出雲市に住民票がない方は、この予診票を使って接種をすることはできません。

接種を希望される場合は、住民票のある自治体へお問い合わせください。

Caso não possua residência registrada em Izumo, não será possível efetuar aplicação da vacina com este formulário de pré exame.

Caso desejar aplicação da vacina, favor consultar órgão do governo local de onde estiver registrado como residente.