

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票

Formulário de pré exame da aplicação da vacina contra Covid 19

[市提出用]

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	出雲市		
Endereço	Izumo-shi		
氏 名		接種前の体温	_____度 _____分 graus
Nome da criança		Temperatura corporal antes da vacinação	(再検 reexame) _____度 _____分 graus
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	電 話 番 号	
Data de nascimento	ano /mês /dia (Idade)	Telefone	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
Questionário para vacinação	Resposta		Conclusão do médico
新型コロナウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
Já efetuou vacinação contra a Covid 19?	Sim	Não	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
①Sentiu-se mal quando fez a aplicação da vacina?	Sim	Não	
②新型コロナウイルス感染症以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
②Teve alguma vez em que se sentiu mal, ao ter aplicado outras vacinas sem ser a vacina contra Covid 19?	Sim	Não	
③今年度(4月1日以降)に接種を受けましたか。 接種日 (月 日)	はい	いいえ	
③Fez alguma aplicação neste ano fical? (após 1º de abril). Data de vacinação (mês dia)	Sim	Não	
今日の新型コロナウイルス感染症予防接種について説明書(別紙)を読みましたか。	はい	いいえ	
Leu o informativo explicativo (à parte), sobre a vacina da Covid 19 que será aplicada hoje?	Sim	Não	
今日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。	はい	いいえ	
Compreendeu sobre eficácia e efeitos colaterais da vacina que irá ser aplicada hoje?	Sim	Não	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
Atualmente está com alguma doença? Nome da doença ()	Sim	Não	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
Está fazendo tratamento ou tomando medicamentos?	Sim	Não	聞かずNão
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。	はい		
O médico que acompanha o tratamento desta doença, autorizou a aplicação da vacina que irá tomar hoje?	Sim	perguntou	
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?	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()	Sim	Não	
Caso tenha, favor anotar os sintomas dos quais não esteja bem.()			
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
Já ocorreu anteriormente de ter tido erupção cutânea ou urticária pelo corpo todo, ou passar mal devido à ingestão de alimentos ou remédios?	Sim	Não	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
Já teve convulsão anteriormente?	Sim	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)	はい	いいえ	
Efetuuou aplicação de vacina neste último mês? Nome da vacina(: mês dia)	Sim	Não	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
Já teve doença cardíaca, doença renal, doença hepática ou distúrbios sanguíneos?	Sim	Não	
病名 ()			
Nome da doença ()			聞かずNão
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。	はい		
O médico que acompanha seu tratamento, autorizou a aplicação da vacina de hoje?	Sim	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?	はい	いいえ	
病名 ()	Sim	Não	
Nome da doença ()			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
Tem alguma dúvida ou pergunta sobre a vacina de hoje?	Sim	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	接種量 Dosagem	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 :	筋肉内接種 Intramuscular	実 施 場 所 Local da Instituição		
Lot No. :		医師名 Nome do médico		
		接種年月日 (ano /mês /dia) da inoculação 年 月 日		

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書（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 vacinação contra Covid 19.

（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、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、本予診票が市町村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mês	月dia	日	被接種者署名 Assinatura	
				代筆者署名 （自署できない場合） Assinatura do representante （Caso não possa ser assinado）	（続柄Relação）

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.

