

高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票
Formulário de pedido de vacinação COVID-19 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》 Preencha à caneta

住 所 Endereço	出雲市 Izumo-shi		
氏 名 Nome da criança		接種前の体温 Temperatura corpórea antes da consulta	(再検) ____度____分graus ____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 Comentário do m édico
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。 Já tomou a vacina contra a COVID-19? ①その際に具合が悪くなったことはありますか Alguna vez sentiu-se mal nessa altura? 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 Alguna vez se sentiu mal após receber uma vacina que não fosse contra a COVID-19? 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) Recebeu a vacina neste ano fiscal (desde 1 de abril)?Data de administração (ano mês dia)	はい Sim	いいえ 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。 Você leu as explicações sobre a vacinação que receberá 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。 Você compreendeu os efeitos e efeitos colaterais da vacinação de hoje?	Sim	Não	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () Tem alguma doença hoje Nome da doença() 治療 (投薬など) を受けていますか。 Recebe tratamento(medicamento)? 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。 Se for aplicável, o médico que está tratando da doença mencionada acima autorizou para a vacinação de hoje?	Sim	Não	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 A criança não está bem hoje? 具合の悪い症状を書いてください。 () Descreva os sintomas()	Sim	Não	
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。 A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como reação alérgica causado por ingestão de medicamentos ou alimentos? Adoeceu após ingerir o alimento ou o medicamento? ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。 A criança já teve convulsão?	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) A criança foi vacinada no 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。 Até agora hã apresentado doença cardíaca,renal,hepática,do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? 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。 Se for aplicável, o médico que está tratando da doença mencionada acima autorizou para a vacinação de hoje?	Sim	Não	
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。 Teve febre ou alguma doença no ultimo mês? 病名Nome da doença ()	Sim	Não	
今日の予防接種について質問がありますか。 Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?	Sim	Não	

医師記入欄 Comentário 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) と判断します De acordo com o resultado das perguntas acima, a vacinação de hoje é (Possível · Impossível) 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、説明をした Expliquei ao pai/ mãe/ responsável as informações sobre os benefícios e efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação. 医師署名
----------------------------------	--

使用ワクチン名 Nome 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： injeção intramuscular	実 施 場 所 ：Local da Instituição （ ） 医 師 名 ：Nome do médico （ ） 接種年月日：(ano /mês /dia) da administração
Lot. Nº（メーカー）：Nº do lote (marca)	m l	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 de vacinação contra a COVID-19（Preencha este formulário após ser examinado por um médico e considerado apto para receber a vacina.）

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、本予診票が出雲市に提出されることに同意します。

Tendo recebido o exame e a explicação do médico, e tendo compreendido os efeitos e o objetivo da vacinação, bem como a possibilidade de reações adversas graves, desejo prosseguir com a vacinação.

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança de vacinação.

Compreendo as informações acima e concordo com o envio deste questionário para Secretaria de Saúde Municipal de Izumo.

年 月 日
ano mês dia

被接種者署名：Assinatura _____

代 筆 者 署 名：Assinatura do Representante
（自署できない場合）（Se não conseguir assinar）
_____（続柄：Relação）