

FICHA PARA VACINAÇÃO PREVENTIVA CONTRA A NOVA INFLUENZA

新型インフルエンザ予防接種予診票

Para todas as pessoas acima de 16 anos de idade (nascidas antes de 1 de abril de 1994)

16歳以上の人 (1994年4月1日以前に生まれた者)

Temperatura

(診察前の体温)

Endereço (住所)			
Nome do aplicante (受ける人の氏名)	Sexo (性別) Masculino (男) Feminino (女)	Data de Nascimento 生年月日	(Ano 年 Mês 月 Dia 日) / / (anos 歳 meses ヵ月)
Nome do pai ou Responsável (保護者の氏名)			
Classificação quanto a ordem para as pessoas que irão receber a vacina (優先接種対象者等分類)	1. Para funcionários da área de saúde (incluindo os da emergência) 医療従事者(救急隊員含む) 2. Gestantes 妊婦 3. Pessoas com doenças crônicas 基礎疾患を有する者 4. Responsáveis por crianças de até 1 ano de idade completos, para responsáveis por deficientes físicos que não possa receber a vacina. 1歳未満の小児の保護者、身体的な理由により接種が受けられない者の保護者等 5. Para pessoas com idade correspondente a de colegial (nascidos entre 2/abr/1991 e 1/abr/1994) 高校生に相当する年齢の者 6. Para pessoas com idade acima de 65 anos 65歳以上の者 7. Para todas as pessoas que não se enquadram nos campos 1 à 6. 1から6以外の者		
Divisão de idade (年齢区分)	1. Para pessoas com idade correspondente a de colegial (nascidos entre 2/abr/1991 e 1/abr/1994) 高校生に相当する年齢の者 2. Para pessoas com idade correspondente à formados no colegial até 65 anos (nascidos antes de 1/abr/1991 até 65 anos) 高校卒業以上相当～65歳未満の者 3. Para pessoas acima de 65 anos 65歳以上の者		

Perguntas (質問事項)	Respostas (回答)		Diagnóstico Médico (医師記入欄)
Possui alguma enfermidade no momento? 現在、何か病気にかかっていますか Doença cardíaca 心臓病 Hepatitis 肝臓の病気 Hipertensão 高血圧 Diabetes 糖尿病 Doença renal 腎臓の病気 Díalise artificial 人工透析 Asma 喘息 Doenças alérgicas アレルギー性疾患 Enfisema pulmonar 肺気腫 Colagenose 膠原病 Outros その他()	Sim はい	Não いいえ	
Está recebendo algum tipo de tratamento médico ou algum medicamento? 治療(投薬など)を受けていますか	Sim はい	Não いいえ	
Foi por indicação do médico responsável para que o aplicante tomasse a vacina hoje? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい	Não いいえ	
O aplicante está se sentindo mal hoje? 今日、体に具合の悪いところがありますか Sintomas (具体的な症状) Temperatura acima do normal 体温がいつもより高い Calafrios 寒気がする Dor de cabeça 頭が痛い Dor de garganta のどが痛い Tosse 咳が出る Catarro 痰がからむ Coriza 鼻水が出る Congestão Nasal 鼻がつまる Nauseas 吐き気 Vômito 嘔吐 Diarréia 下痢 Gastralgia 腹痛 Dor no Estomago 胃が痛い Falta de Appetite 食欲不振 Dor peitoral 胸が痛い Palpitação 動悸 Ofego 息切れ Tontura めまい Erupção Cutânea 発疹がある Dores Articulares 関節が痛い Formigamento しびれ Fatiga だるい Outros その他()	Sim はい	Não いいえ	
O aplicante teve contato com amigos ou familiares com doenças como Influenza, sarampo, rubéola, cataporas, caxumba, etc, no último mês? 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹(はしか)、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	Sim はい	Não いいえ	
Tomou alguma vacina no último mês para outras doenças? 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	

Tipo de vacina (予防接種の種類) BCG Poliomielite ポリオ Difteria ジフテリア Coqueluche 百日せき Tétano 破傷風 Sarampo 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalite japonesa 日本脳炎			
Tomou a vacina para nova influenza ou influenza sazonal? 新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	Sim はい	Não いいえ	
Se caso foi vacinado, passou mal? その際に具合が悪くなったことはありますか	Sim はい	Não いいえ	
Passou mal alguma vez após tomar vacinas contra outras doenças? これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	Sim はい	Não いいえ	
Tipo de vacina (予防接種の種類) BCG Poliomielite ポリオ Difteria ジフテリア Coqueluche 百日せき Tétano 破傷風 Sarampo 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalite japonesa 日本脳炎			
Tem alergia à carne de frango, ovos ou de algum outro tipo? ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	Sim はい	Não いいえ	
O aplicante tem erupção cutânea, urticárias ou mesmo já passou mal ao tomar algum medicamento ou ao comer algo? 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	Sim はい	Não いいえ	
Alguma vez apresentou convulsões ou epilepsia? Idade Aproximada () anos ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	Sim はい	Não いいえ	
Teve febre nesta ocasião? そのとき熱がでましたか	Sim はい	Não いいえ	
Algum parente próximo já apresentou efeitos colaterais ao tomar vacinas contra qualquer tipo de doença? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
Tem alguma pergunta sobre a vacina que irá tomar hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

Conclusão Médica (医師の記入欄)

Baseado nas perguntas feitas acima, a vacina de hoje (pode ser aplicada / deve ser revisado)

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)

Foi explicado aos pais ou responsável sobre os resultados e efeitos colaterais e também sobre o Sistema de Indenização à Danos Causados à Saúde por Vacinação Preventiva.

保護者に対し、予防接種の効果や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

Assinatura ou Carimbo Médico 医師署名又は記名押印 _____

Deseja a vacina após ter sido consultado, ouvir e compreender as explicações dada pelo médico sobre o objetivo, resultados e riscos graves em caso de efeitos colaterais da vacina?

医師の診察・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、接種を希望しますか

Deseja a vacina 接種を希望します ・ Não deseja a vacina 接種を希望しません

Ano 年 Mês 月 Dia 日 Assinatura do pai ou responsável 保護者自署 _____

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No.	ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日