

(別紙様式4)

## FICHA PARA VACINAÇÃO PREVENTIVA CONTRA A NOVA INFLUENZA

新型インフルエンザ予防接種予診票

Pessoas com idade equivalente à estudantes do ginásio (Nascidos entre 2 de abril de 1994 e 1 de abril de 1997)

中学生に相当する年齢の者対象(1994年4月2日～1997年4月1日生まれ対象)

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) / /	
Nome do pai ou Responsável (保護者の氏名)			(anos 歳 meses 月)	
Classificação para receber a vacina 接種対象者分類	1. Pessoas portadoras de doenças congênicas 2. Pessoas que não se enquadram no campo "1". 1. 基礎疾患を有する者 2. 1以外の者			

Perguntas (質問事項)	Respostas (回答)		Diagnóstico Médico (医師記入欄)
<b>Sobre o desenvolvimento do aplicante</b> Foi mencionado algum problema à respeito do peso, problemas pré ou pós parto ou mesmo de algum outro tipo pelo médico? 接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれたことがありますか	Sim はい	Não いいえ	
<b>O aplicante recebeu ou recebe algum tratamento (remédios, etc) para anomalias congênicas ou mesmo já curadas como doenças do coração, rins, fígado, sistema nervoso, síndrome da imunodeficiência ou outros?</b> 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか  Nome da doença (今までにかかった病気) Doença cardíaca 心臓病 Hepatites 肝臓の病気 Hipertensão 高血圧 Diabetes 糖尿病 Doença renal 腎臓の病気 Diálise 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	
<b>Foi por indicação do médico responsável para que o aplicante tomasse a vacina hoje?</b> 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	
<b>O aplicante está se sentindo mal hoje?</b> 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 Corisa 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 Estômago 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	
<b>O aplicante teve contato com amigos ou familiares com doenças como Influenza, sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc no último mês?</b> 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	

【continua no verso /裏面に続く】

<b>Tomou alguma vacina no último mês para outras doenças?</b> 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか  <i>Tipo de vacina (予防接種の種類)</i> <b>BCG Poliomielite</b> ポリオ <b>Difteria</b> ジフテリア <b>Coqueluche</b> 百日せき <b>Tétano</b> 破傷風 <b>Sarampo</b> 麻疹(はしか) <b>Rubéola</b> 風しん <b>Encefalite Japonesa</b> 日本脳炎	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Tomou a vacina para nova influenza ou influenza sazonal?</b> 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	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Se caso foi vacinado, passou mal?</b> その際に具合が悪くなったことはありますか	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Passou mal alguma vez após tomar vacinas contra outras doenças?</b> 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  <i>Tipo de vacina (予防接種の種類)</i> <b>BCG Poliomielite</b> ポリオ <b>Difteria</b> ジフテリア <b>Coqueluche</b> 百日せき <b>Tétano</b> 破傷風 <b>Sarampo</b> 麻疹(はしか) <b>Rubéola</b> 風しん <b>Encefalite Japonesa</b> 日本脳炎	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Tem alergia à carne de frango, ovos ou de algum outro tipo?</b> ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>O aplicante tem erupção cutânea, urticárias ou mesmo já passou mal ao tomar algum medicamento ou ao comer algo?</b> 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	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Alguma vez apresentou convulsões ou epilepsia? Idade aproximada ( )anos</b> ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Teve febre nesta ocasião?</b> そのとき熱がでましたか	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Algum parente próximo já apresentou efeitos colaterais ao tomar vacinas contra qualquer tipo de doença?</b> 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	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Algum parente próximo já foi diagnosticado com a imunodeficiência congênita?</b> 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> いいえ	
<b>Tem alguma pergunta sobre a vacina que irá tomar hoje?</b> 今日の予防接種について質問がありますか	<b>Sim</b> はい	<b>Não</b> 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	ml	実施場所
Lot No.		医師名 接種年月日    平成    年    月    日