

※Preencha os quadros em negrito

※Este questionário é o formato elaborado pela Corporação pública regional para o exame de anticorpos de Rubéola, para os homens nascidos entre 2 de abril de 1962 até 1 de abril

End.registrad o no Atestado de residência 住所				
Nome 氏名			Sexo 性別 () M • () F	
Data de Nasc 生年月日	Ano 年	mês 月	dia 日	() anos 歳

(クーポン券貼付)

Questões	Respostas		Dr.
Atualmente o nome da cidade na onde tem o seu endereço registrado, é a mesma cidade escrita no cupom? 現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	Não いいえ	Sim はい	
Já teve Rubéola? これまでに風しんにかかったことがありますか。 (Em caso de 「sim」 Possui os registros sobre o resultado de exame de anticorpos, diagnóstico ou outros) (「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録はありますか。	Sim	Não	
Realizou o exame de anticorpos de Rubéola após 1 de abril de 2014? 風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。 (Em caso de 「sim」 Possui os registros sobre o resultado de exame de anticorpos (「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	Sim	Não	
Até agora, já vacinou 1 ou mais vezes contra Rubéola, Sarampo・Rubéola conjugada (MR) ou Sarampo・Rubéola・Caxumba (MMR)? 生後から今までに風しんワクチンまたは麻しん・風しん混合 (MR) ワクチンまたは麻しん・風しん・おたふくかぜ (MMR) ワクチンをあわせて1回以上接種したことがありますか。 (Em caso de 「sim」 Tem o registro de vacinação? 「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。 Tipo de vacina (circule) 予防接種の種類 (該当に○) (Rubéola 風しんワクチン・ Vacina MR MRワクチン・ Vacina MMR MMRワクチン)	Sim	Não	

Concordância escrita para realização do exame de anticorpos de Rubéola 風しんの抗体検査の実施に関する同意書
 Marque com no . Será considerado que deseja realizar o exame em caso de não houver o no espaço correspondente.
 Eu **não desejo realizar** o exame de anticorpos de Rubéola 私は、風しんの抗体検査を受けることを希望いたしません。

Concordância escrita com a administração da informação pessoal para o exame de anticorpos de Rubéola (preencha só após ser considerado que há necessidade de realizar o exame de acordo o resultado da consulta médica. 風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書(医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)
 Este questionário (inclui o resultado do exame de anticorpos), será entregue a cidade, Central do seguro de saúde nacional assim como a Associação geral do seguro de saúde nacional.
 A cidade administrará a informação pessoal devidamente baseando-se no regulamento relacionado com a segurança de informação pessoal. Ciente disto, assinse só em caso de concordar. (Em caso de não houver assinatura, não poderá realizar a vacinação gratuitamente).
 Data: 20__Ano年__mês月__dia日
 Assinatura da pessoa a ser examinada 被検者自署
 (※ Em caso da pessoa a ser vacinada não estar em condições de assinar, o representante deverá assinar e preencher a relação com a pessoa)

医師記入欄 Para ser preenchido pelo médico	対象者の平成26年4月1日以降の風しんの抗体検査の結果は (あり・なし・不明または記録なし) と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第5期の定期接種の (対象・非対象) と判断した。 対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は (あり・なし・不明または記録なし) と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 1回目: 接種ワクチン (風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日 (年 月 日) 2回目: 接種ワクチン (風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン) 接種日 (年 月 日) 以上の問診の結果、今回の抗体検査は (必要・不要) と判断した。 De acordo com o resultado da consulta, é considerado (necessário・não é necessário) este exame de anticorpos. 医師署名又は記名押印 Assinatura ou carimbo do médico
--	--

風しんの抗体検査の結果 resultado do exame de anticorpos de Rubéola		判定結果 (いずれかに○) Resultado final (circular)	実施場所 Instituição・医師名 Nome do médico・検査年月日 Data de administração	
検査方法: Tipo de exame:	法	É alvo para vacina ção periódica da Rubéola fase 5 非対象 Não é alvo para vacinação periódica da Rubéola fase 5	実施場所 Instituição	医療機関等コード
Valor numérico de anticorpos 抗体価	Unidade para medição 単位		医師名 Nome do médico	
	倍・EIA価・IU/mL・その他 ()		検査年月日 Data de administração	20__ano年__mês月__dia日
検査番号				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	(該当する検査番号の口を黒く (■) 塗りつぶしてください)			

As pessoas que foram consideradas como 「Pessoa alvo da vacinação periódica da Rubéola fase 5」 no resultado final,

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ

De acordo com o resultado do exame de anticorpos da Rubéola, é considerado pessoa alvo para a vacinação periódica da Rubéola fase 5. Após consultar na instituição médica, vacine contra a Rubéola levando este cupão.