

## QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA INFLUENZA PARA IDOSOS

Favor preencher à caneta os espaços em branco e circule as respostas correspondentes. (Preencher com cuidado principalmente os quadros em negrito)

医療機関確認欄							
1	60歳以上65歳未満				無料		回数
65歳以上	2	3	4	5	6	7	①
	心	腎	呼	免	生保	非課税	

Data da vacinação 申込年月日	Ano年	Mês月	Dia日	Temperatura 診察前の体温	℃			
Endereço 住所	Hamamatsu-shi			Telefone 電話				
フリガナ				Data de Nascimento 生年月日	明治 大正	Ano年	mês月	dia日
Nome da pessoa a vacinar 受ける人の氏名				Sexo 性別 ( ) M 男 ( ) F 女	Idade 年齢			anos歳

Questões	Respostas	Dr. 欄	
Você leu o "Manual sobre Influenza", referente a vacinação da Influenza que irá efetuar hoje? 今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。	Não いいえ	Sim はい	
Você está ciente dos efeitos e reações adversas que a vacina possa vir a causar? 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。	Não	Sim	
Este ano fiscal (a partir de 1 de outubro), é a primeira vez que vai tomar a vacina da influenza? 今年度(10月1日以降に)インフルエンザの予防接種を受けるのは初めてですか。	Não	Sim	
Atualmente, você está doente? 現在、何か病気にかかっていますか。 Indique a doença: 病名 ( )	Sim	Não	
Está fazendo tratamento? (recebendo medicação, etc.) 治療(投薬など)を受けていますか。	Sim	Não	
O médico responsável pelo tratamento autorizou a vacinação de hoje? 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。	Não	Sim	
Foi diagnosticado alguma vez como sendo portador de imuno-deficiência? 免疫不全と診断されたことがありますか。	Sim	Não	
Está com algum problema de saúde hoje? 今日体に具合の悪いところがありますか。 Caso sim, indique os sintomas 具合の悪い症状を書いて下さい。( )	Sim	Não	
Já sentiu mal estar ou ficou com urticária ou exantema após ingerir remédios ou alimentos? 薬や食品で皮膚に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。Remédio薬・nome do alimento食品名(ovo鶏卵・outrosその他 )	Sim	Não	
Já tomou a vacina da Influenza alguma vez? 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	Não	
① Apresentou mal-estar logo após ter tomado a vacina? その際に具合が悪くなったことがありますか。	Sim	Não	
② Apresentou mal-estar ao tomar outro tipo de vacina? インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	Sim	Não	
Já apresentou convulsão alguma vez? ひきつけ(けいれん)を起したことがありますか。	Sim	Não	
Efetuiu alguma vacinação neste último mês? ( Caso sim, favor descrever a data e o tipo da última vacinação) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(ある場合には最後に接種した年月日と予防接種の種類を記載してください。) Data efetuada 接種年月日 20 ano年 mês月 dia日 Tipo de vacinação 予防接種の種類 ( )	Sim	Não	
Já apresentou alguma doença crônica como doenças cardíacas, renais, hepáticas ou hematológicas? 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。Nome da doença 病名 ( )	Sim	Não	
Caso sim, o médico responsável dessa doença autorizou a vacinação hoje? その病気をみ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。	Não	Sim	
Neste último mês apresentou febre ou esteve doente? 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 Caso sim, qual a doença 病名 ( )	Sim	Não	
Tem alguma dúvida com relação à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか。	Sim	Não	

医師の記入欄 Uso médico	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は De acordo com o resultado, a vacinação de hoje será	3 可能 Possível	2 見合わせる Adiada	医師のサイン Assinatura do médico
	接種を受ける本人に対して、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、説明しました。			(注)ワクチンの種類・有効期限を要確認

使用ワクチン Vacina	接種量	実施場所 Instituição・医師名 Nome do médico・接種年月日 Data de administração
ワクチン名	皮下接種 0.5 mL	実施場所
Lot No.		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日(非接種判定日) 20 年 月 日

## Solicitação da vacinação da influenza (Preencher após a consulta e receber a autorização médica)

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の後に記入してください)

A pós avaliação médica e recebida a devida autorização é, ciente da eficácia, objetivo e possíveis efeitos colaterais graves da vacina, gostaria de receber a imunização? (Sim gostaria de vacinar 接種を希望します・Não, não gostaria de vacinar 接種を希望しません)

Este questionário tem como objetivo assegurar a qualidade da vacinação preventiva.

Assim, estando ciente deste fato, estou de comum acordo com que as informações deste questionário sejam apresentadas a cidade de Hamamatsu.

Data: 20 Ano年 \_\_\_\_\_ mês月 \_\_\_\_\_ dia日 Assinatura 被接種者自署: \_\_\_\_\_  
(representante 代筆者 relação 続柄)

(※ Caso o próprio não esteja em condições de assinar, pedimos que o representante preencha o nome da pessoa a ser vacinada e preencha o seu nome também, indicando a relação com a pessoa a ser vacinada.)