

児童用ジフテリア・破傷風混合予防接種予診票兼接種・非接種通知書

QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA DT

Duplo conjugado ( difteria e tétano ) na fase escolar

8

Favor preencher os espaços em branco e circular a resposta apropriada (principalmente os quadros em negrito)

回数	第2期
	5

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 Nome da criança 受ける人の氏名		Sexo 性別 ( ) M 男 ( ) F 女	Data de Nascimento 生年月日	ano 年      mês 月      dia 日
Nome do responsável 保護者の氏名				anos e 歳      meses ヶ月

Perguntas		Respostas		Dr.
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: 具体的な症状を書いてください ( )		Sim はい	Não いいえ	
Esteve doente nestes últimos trinta dias? 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか Caso sim, indique a doença 病名 ( )		Sim	Não	
Nestes últimos trinta dias, alguém próximo(familiares, amigos) teve doenças como sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc? 最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか Caso sim, indique a doença 病名 ( )		Sim	Não	
A criança recebeu alguma vacina nestes últimos trinta dias? (Caso sim, descrever a data e circular o tipo da última vacina) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか (受けた場合には最後に接種した年月日とワクチンの種類に○を記入してください) Data 接種年月日      ano年      mês月      dia 日 ・Encefalite Japonesa 日本脳炎    ・Vacina contra câncer de colo uterino子宮頸がん予防    ・Outros その他 ( )		Sim	Não	
Desde o nascimento até a presente data, a criança foi examinada devido a anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, neurológica, imuno-deficiência ou outra doença grave? Está tendo acompanhamento médico? 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、医師の診察を受けていますか Caso sim, indique a doença病名 ( )		Sim	Não	
O médico que faz o acompanhamento desta doença, autorizou a vacinação de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種をうけてよいといわれましたか		Não	Sim	
Já teve convulsão alguma vez? ひきつけを起こしたことがありますか      Caso sim, com que idade? ( ) anos歳頃		Sim	Não	
Na ocasião apresentou febre? そのとき熱が出ましたか		Sim	Não	
Já teve urticária ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento? 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      Caso sim, qual alimento ou medicamento? 薬・食品名 ( )		Sim	Não	
Tem algum parente próximo com imuno-deficiência congênita? 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		Sim	Não	
Já passou mal alguma vez após ser vacinado? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか Caso sim, qual foi a vacina? 予防接種の種類 ( )		Sim	Não	
Algum parente próximo já passou mal alguma vez após ser vacinado? 近親者に接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		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 Através do resultado, a vacinação de hoje será: 保護者に対して、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。 Expliquei ao responsável, quanto a eficácia e os efeitos colaterais da vacina, inclusive sobre o Sistema de Compensação por danos a saúde causados pela vacina.	3 可能 Possível	2 見合わせる Adiada	医師のサイン Assinatura do médico (注) ワクチンの種類・有効期限を要確認
Após exame e explicação médica, ciente da sua eficácia, objetivo, possíveis efeitos colaterais graves e do Subsídio por Danos à Saúde Causados pela vacinação etc, você, como responsável, concorda com a vacinação?		Sim 同意します	Não 同意しません	Assinatura do responsável 保護者自署
Este questionário tem como objetivo assegurar a qualidade da vacinação preventiva. Ciente deste fato, concordo que este questionário seja apresentado à cidade de Hamamatsu.				

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名	(皮下接種)	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	0.1 mL	接種年月日(非種判定日)	年	月 日