13歳以上20歳未満用 日本脳炎予防接種予診票（保護者が**同伴する**場合、受ける人が**既婚**の場合用）

QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA ENCEFALITE JAPONESA

As pessoas alvo da medida excepcional (as nascidas entre entre 2/4/1995 a 1/4/2007) é, que não tenham completado os **20 anos (até a data anterior ao aniverssário), acompanhados** do responsável ou casadas.

3

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

接種回数	第2期	第1期初回 1回目分 として接種	第1期初回 2回目分 として接種	第1期 追加分 として接種
	25	**21**	**22**	**24**

Data da vacinação 申込年月日	Ano年 Mês月 Dia日			
Endereço 住所	Hamamatsu-shi		Temperatura 診察前の体温	℃
			Telefone 電話	
フリガナ		Sexo 性別 ( ) M 男 ( ) F 女	Data de Nascimento 生年月日	ano 年 mês 月 dia 日
Nome da criança 受ける人の氏名				anos e 歳 meses ヶ月
※Nome do responsável 保護者の氏名				

Perguntas	*Respostas*		*Dr.*
Sobre o desenvolvimento da pessoa que receberá a vacinação: 接種を受ける方の発育歴についておたずねします Ao nascer o peso foi baixo ou apresentou alguma irregularidade nos exames infantis? 生まれた時の体重が少なかったり、出産時、出産後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか	Sim はい	Não いいえ	
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	Não	
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、麻しん、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	Não	
Você 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 ・Difteria / Tétano DT ・Encefalite Japonesa 日本脳炎 ・Vacina contra câncer 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 acompanha esse problema autorizou a vacinação de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の接種を受けてよいといわれましたか	Não	Sim	
Já teve convulsão alguma vez? ひきつけをお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, exantema na pele ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento ou, ao ultilizar produto feito por borracha ou metal? 薬や食品、ゴム製品、金属など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 Nome do alimento・medicamento・produto? 薬・食品・製品名 ( )	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	
Está grávida ou suspeita de gravidez (ex. menstruação atrasada, etc.)? 現在妊娠している可能性（生理が遅れているなど）はありますか	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:	**3 可能 Possível**	**2 見合わせる Adiada**	医師のサイン *Assinatura do médico*
保護者（接種を受ける者が既婚の場合は本人）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。A pessoa a ser vacinada recebeu a explicação sobre a eficácia eos efeitos colaterais da vacina, inclusive sobre o Sistema de Compensação por danos causados pela vacinação.			**(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. 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 assinatura da própria solicitante se for casada (既婚者の場合は本人自署)
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 Lot No. **(注)有効期限が切れていないか要確認**	(皮下接種) **0.5** mL	実施場所 医師名 接種年月日(非接種判定日) 年 月 日

※ Se a pessoa a vacinar for casada, não há necessidade de preencher o nome do responsável. 保護者の氏名は、接種を受ける人が既婚の場合には記載の必要はありません。