

FICHA PARA VACINAÇÃO PREVENTIVA CONTRA A NOVA INFLUENZA

新型インフルエンザ予防接種予診票

Crianças abaixo do 6º ano primário (Crianças nascidas depois de 2 de abril de 1997)

小学校6年生以下の者対象 (1997年4月2日以降に生まれた者)

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)	Data de Nascimento 生年月日	(Ano 年 Mês 月 Dia 日) / / (anos 歳 meses 月)
Nome do pai ou Responsável (保護者の氏名)		Feminino (女)		
Classificação quanto a prioridade para receber a vacina (優先接種対象者等分類)	1. Pessoas com doenças crônicas 基礎疾患を有する者 2. Crianças com idade de 1 ano até o ingresso escolar 小児(1歳から就学前) 3. Estudante primário do 1º ao 3º ano (nascidos entre 2/abr/2000 e 1/abr/2003) 小学校1年生～小学校3年生 4. Estudante primário do 4º ao 6º ano (nascidos entre 2/abr/1997 e 1/abr/2000) 小学校4年生～小学校6年生 5. Crianças que não se enquadram nos campos "1 à 4". 1から4以外の者			
Divisão de idade (年齢区分)	1. Crianças de 1 ano até o ingresso escolar 小児(1歳から就学前) 2. Estudante primário do 1º ao 3º ano 1年生～小学校3年生 3. Estudante primário do 4º ao 6º ano 小学校4年生～小学校6年生 4. Crianças com menos de 1 ano de idade 1歳未満			

Perguntas (質問事項)	Respostas (回答)		Diagnóstico Médico (医師記入欄)
Questionário sobre o histórico de desenvolvimento de sua criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 Peso de nascimento 出生体重 ()g			
Houve alguma anomalia durante o parto? 分娩時に異常がありましたか	Sim はい	Não いいえ	
Houve alguma anomalia após o parto? 出生後に異常がありましたか	Sim はい	Não いいえ	
Houve alguma anomalia descrita no exame de recém nascido? 乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか	Sim はい	Não いいえ	
O aplicante recebeu ou recebe algum tratamento (remédios, etc) para anomalias congênitas ou mesmo já curadas como doenças do coração, rins, fígado, sistema nervoso, síndrome da imunodeficiência ou outros? 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	
Foi por indicação do médico responsável para que o aplicante tomasse a vacina hoje? 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	
O aplicante está se sentindo mal hoje? 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 Estomago 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	

O aplicante teve contato com amigos ou familiares com doenças como Influenza, sarampo, rubéola, cataporas, caxumba, etc, no último mês? 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	
Tomou alguma vacina no último mês para outras doenças? 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 C G Poliomielite ポリオ Difteria ジフテリア Coqueluche 百日せき Tétano 破傷風 Sarampo 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalite japonesa 日本脳炎	Sim はい	Não いいえ	
Tomou vacina para nova influenza ou influenza sazonal? 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	Sim はい	Não いいえ	
Se caso foi vacinado, passou mal? その際に具合が悪くなったことはありますか	Sim はい	Não いいえ	
Passou mal alguma vez após tomar vacinas contra outras doenças? 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 C G Poliomielite ポリオ Difteria ジフテリア Coqueluche 百日せき Tétano 破傷風 Sarampo 麻疹(はしか) Rubéola 風しん Encefalite japonesa 日本脳炎	Sim はい	Não いいえ	
Tem alergia à carne de frango, ovos ou de algum outro tipo? ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	Sim はい	Não いいえ	
O aplicante tem erupção cutânea, urticárias ou mesmo já passou mal ao tomar algum medicamento ou ao comer algo? 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	Sim はい	Não いいえ	
Alguma vez apresentou convulsões ou epilepsia? Idade Aproximada () anos ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	Sim はい	Não いいえ	
Teve febre nesta ocasião? そのとき熱がでましたか	Sim はい	Não いいえ	
Algum parente próximo já apresentou efeitos colaterais ao tomar vacinas contra qualquer tipo de doença? 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	Sim はい	Não いいえ	
Algum parente próximo já foi diagnosticado com a imunodeficiência 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 はい	Não いいえ	
Tem alguma pergunta sobre a vacina que irá tomar hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não 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		実施場所
Lot No.	ml	医師名
		接種年月日 平成 年 月 日