

予防接種のお知らせ

COMUNICADO SOBRE VACINA

___月___日に(日本脳炎 ジフテリア・破傷風 風疹 BCG)の予防接種を学校で実施しますので、次のことに注意してください。

No mês___, dia ___ será realizada vacina de (Encefalite japonesa, Difteria e Tétano, Rubéola, BCG) na escola portanto, tome cuidado com os seguintes aspectos.

【保護者へのお願い】

<Pedido aos responsáveis>

- 1 別紙問診票に必要事項を記入し、保護者押印の上、接種当日、お子さんに持たせてください。
Preencha o questionário anexo, aponha o carimbo do responsável, e faça com que a criança traga no dia da vacina (na ausência do carimbo do responsável, a vacina não será aplicada).
- 2 接種前に体温を計り、医師が診察した上で接種をします。
Antes da vacina, será tirada a temperatura e feito o exame pelo médico que decidirá pela vacinação ou não.
- 3 健康状態に異常があれば、接種を中止してください。
Quando houver anormalidade nas condições físicas, opte pela não vacinação.
- 4 記入もれのないように気をつけてください。
Tome cuidado para não deixar de preencher os dados necessários.

【接種後の注意】

<Cuidados após a vacina>

- 1 接種当日と翌日は激しい運動は避けてください。
No dia da vacina e no dia seguinte, evite exercícios físicos violentos.
- 2 接種部位が赤くなったり、痛んだり、また、頭痛、軽い発熱等がありますが、いずれも2～3日中にはよくなります。心配でしたら医師の診断を受けてください。
Pode ocorrer avermelhamento da região da vacina, alguma dor ou dores de cabeça ou ligeiras febres mas isto deverá desaparecer em 2 ou 3 dias. Se se sentir preocupado, consulte o médico.
- 3 予防接種後、高熱、けいれんなどの症状があらわれた場合は、ただちに医師の診断を受けてください。
Se após a vacina, houver febre alta ou convulsões, por favor, consulte imediatamente um médico.