

[] 予防接種予診票
QUESTIONARIO PARA VACINA DE ()

診察前の体温 度 分
 Temperatura da manhã: graus e décimos

住 所 Endereço					
受ける人 Aluno	年 組 氏名 Série Turma Nome	男 M.	生年 月 日	年 月 日生 Ano Mes Dia	
保護者の氏名 Responsável	印 Inkan	女 F.	Data de nascimento	(歳 か月) anos e meses	
今日の予防接種を受けますか。 Vai receber a vacina de hoje? (接種を希望します・今回は見合わせます) 見合わせる理由 () (Desejo que seja vacinado・Hoje não desejo a vacina: Motivo)					

質 問 事 項 Questionario	回 答 欄 Resposta
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください	Está com algum problema de saúde hoje? Escreva qual o problema はい・いいえ sim não
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	Teve alguma doença nos últimos 30 dias? Nome da doença () はい・いいえ sim não
1か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人がいきましたか 病名()	Nos últimos 30 dias, na família, colegas houve alguém que teve rubéola, sarampo, catapora, cachumba? Nome da doença () はい・いいえ sim não
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	Nos últimos 30 dias tomou alguma vacina? Nome da vacina () はい・いいえ sim não
生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	Teve alguma doença especial até agora(anomalia congênita, coração,rins, fígado, dos nervos ou imunológica e está sob tratamento médico? Nome da doença () はい・いいえ sim não
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Tem autorização do médico para tomar esta vacina? はい・いいえ sim não

質問事項 Questionario		回答欄 Resposta
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	Já teve convulsão ou ataque epilético? Com anos	はい・いいえ sim não
そのときに熱がでましたか	Teve febre nesta ocasião?	はい・いいえ sim não
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	Teve erupções na pele ou alergias ou passou mal por tomar algum medicamento?	はい・いいえ sim não
兄弟姉妹の中に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	Há, entre os irmãos, alguém diagnosticado como portador de deficiência imunológica congênita?	はい・いいえ sim não
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 予防接種名()	Já passou mal após ter tomado alguma vacina? Nome da vacina ()	はい・いいえ sim não
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	Na família existe alguém que passou mal após uma vacina?	はい・いいえ sim não
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Nos últimos 6 meses recebeu transfusão de sangue ou recebeu aplicação de gamaglobulina?	はい・いいえ sim não
医師の記入欄 Parecer do médico: 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) Face os dados supra, a vacina de hoje: (é possível / deve ser adiada) <div style="text-align: right;">医師のサイン Ass.do médico</div>		
使用ワクチン名 Nome da vacina	接種量 Quant.aplicada	実施場所・医師名 Local da vacinação / Nome do médico
ワクチン名 Vacina	(皮下接種) Intradérmica ml	接種場所 Local: 医師名 Médico: 接種年月日 Data: Ano: Mês: Dia:

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

(Nota) Gamaglobulina é um derivado de sangue e é usado na forma de injeção no tratamento de Hepatite tipo A ou outras doenças infecciosas e pode anular o efeito da vacina contra rubéola.