

[ Questionário de avaliação para vacinação de [

] 予防接種予診票 (乳幼児・小学生対象)  
] (bebês/crianças em idade escolar)

回数(いずれかに☑)

1   
2   
3   
4 

Endereço(住所)		Temperatura corporal antes da entrevista (診察前の体温)		Graus (度分)			
Nome da criança (受ける人の名前)	M(男)	Data de nascimento (生年月日)	Nascido em				
Nome do pai/mãe/ responsável (保護者の名前)	F(女)		ano(年)	mes(月)	dia(日)		
Questionário para vacinação (質問事項)				Resposta (回答欄)		Comentário do médico (医師記入欄)	
Você leu o documento (enviado pela Municipalidade) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?		今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか		Sim	Não		
Responda às seguintes perguntas sobre a criança. Peso ao nascer [ ] g		あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重					
A criança apresentou alguma anormalidade no parto?		分娩時に異常がありましたか		Sim	Não		
A criança apresentou alguma anormalidade após o nascimento?		出生後に異常がありましたか		Sim	Não		
Foi detectada alguma anormalidade no exame pós-natal do bebê?		乳児健診で異常があるとわかれたことがありますか		Sim	Não		
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. [ ]		今日体具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください		Sim	Não		
A criança esteve doente no último mês? Nome da doença [ ]		最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名		Sim	Não		
Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? Nome da doença [ ]		1か月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名		Sim	Não		
A criança teve contato com alguém contaminado por tuberculose (incluindo membros da família)?		生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった人がいましたか		Sim	Não		
A criança foi vacinada no último mês? Nome da vacina [ ]		1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類		Sim	Não		
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença [ ]		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 病名		Sim	Não		
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com 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受けてよいといわれましたか		Sim	Não		
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade da criança na época? [ ]		ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃)		Sim	Não		
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?		そのとき熱が出ましたか		Sim	Não		
A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?		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	Não		
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?		近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか		Sim	Não		
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina [ ]		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 予防接種の種類		Sim	Não		
No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?		近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		Sim	Não		
Nos últimos seis meses, a criança recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gamaglobulina?		6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか		Sim	Não		
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?		今日の予防接種について質問がありますか		Sim	Não		
医師記入欄 (Comentário do médico) 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 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、説明をしました。 医師署名又は記名押印							
Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. A entrevista com/sobre a criança foi feita pelo médico e as informações sobre os benefícios, objetivos e riscos (incluindo os efeitos colaterais graves) da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas. Acredito ter compreendido estas informações. Eu (dou/não dou)* meu consentimento para a vacinação da criança. * Marque a sua escolha com um círculo. Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Municipalidade. 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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 Assinatura do pai/mãe/responsável:							
使用ワクチン名		接種量		実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名		※(皮下注射)		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		ml		接種年月日 年 月 日			

[Observação] A gamaglobulina é um produto derivado do sangue e que é aplicado para a prevenção de infecções, tais como a Hepatite tipo A e para o tratamento de infecções graves. Às vezes, determinadas vacinas (por exemplo, a vacina contra o sarampo) são menos eficazes em pessoas que receberam esse produto nos três a seis meses anteriores.

\* No caso da vacina BCG, descreva, por exemplo, "vacinação percutânea usando um instrumento para aplicação do BCG com muitas agulhas em um volume especificado".

(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出ないことがあります。

※BCGの予防接種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。