

日本脳炎予防接種予診票(乳幼児・小学生対象)
Questionário de avaliação para vacinação de Encefalite japonesa (bebês/crianças em idade escolar)

期別(いずれかに☑)
1期初回1回目
1期初回2回目
1期追加
2期

		Temperatura corporal antes da entrevista (診察前の体温)		Graus (度分)	
Endereço(住所)					
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?		Sim	Não	
Responda às seguintes perguntas sobre a criança. Peso ao nascer [] g A criança apresentou alguma anormalidade no parto? A criança apresentou alguma anormalidade após o nascimento? Foi detectada alguma anormalidade no exame pós-natal do bebê?				
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. []		Sim	Não	
A criança esteve doente no último mês? Nome da doença []		Sim	Não	
Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? Nome da doença []		Sim	Não	
A criança teve contato com alguém contaminado por tuberculose (incluindo membros da família)?		Sim	Não	
A criança foi vacinada no último mês? Nome da vacina []		Sim	Não	
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença a que exigiu uma consulta médica? Nome da doença []		Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?		Sim	Não	
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade da criança na época? []		Sim	Não	
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?		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?		Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?		Sim	Não	
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina []		Sim	Não	
No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?		Sim	Não	
Nos últimos seis meses, a criança recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gamaglobulina?		Sim	Não	
Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não menstrou)? [Atenção] A vacinação em pessoa grávida requer atenção.		Sim	Não	
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?		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()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()
 ※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 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カ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で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。