

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票
Questionário de avaliação para vacinação contra a infecção pelo Papilomavírus Humano

回数(いずれかに☑)

1 2 3

Temperatura corporal antes da entrevista
(診察前の体温)

Graus
(度分)

Endereço(住所)			
Nome do paciente (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	
O paciente está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas detalhadamente. []	Sim	Não	
O paciente esteve doente no último mês? Nome da doença []	Sim	Não	
O paciente foi vacinado no último mês? Nome da vacina []	Sim	Não	
O paciente apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exija 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	
O paciente 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, o paciente estava com febre na época da convulsão?	Sim	Não	
O paciente 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 do paciente apresenta imunodeficiência congênita?	Sim	Não	
O paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina []	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina?	Sim	Não	
Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não o menstruou)? [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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)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. O paciente foi entrevistado 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 do paciente. * 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) ※かっ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 (ou do próprio paciente, se casado):

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	※(筋肉内接種)	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	0.5 ml	接種年月日 年 月 日

* Se o paciente for casado, não há necessidade de responder a esta pergunta.

※ 接種を受ける人が既婚者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。