

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票  
Registro de vacinação e questionário de avaliação para vacinação

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) F(女)	Data de nascimento (生年月日)	Nascido em 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)
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. [ ]	今日体に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	
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	
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?	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	
Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não menstrouou)? [ Atenção ] A vacinação em pessoa grávida requer atenção.	現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)妊娠している人への接種には、注意が必要です。	Sim Não	

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. Considerando as doenças no passado e a situação atual delas, você concorda com a vacinação do seu filho? Eu (concordo/não concordo)\* com a vacinação do meu filho. \* Marque a sua escolha com um círculo. Compreendo as informações acima e concordo com a possibilidade de envio deste questionário para a Municipalidade.

あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか、(同意します・同意しません) ※かつこのどちらかを○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:

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。接種を受ける本人に対して、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

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