

HPV (子宮頸がん) ワクチン接種予診票

Formulário para Vacina HPV (Câncer cervical)

対象年齢：小学6年生～高校1年生(標準的な接種期間は中学1年生)

Idade：6 serie escola primaria até 1º ano colegial (O período padrão de inoculação é do 1º ano do ensino médio)

住 所 Endereço	春日井市 Kasugai shi		診 察 前 体 温 Temperatura ante da vacina 度 grau 分	
	TEL — —		接 種 回 数 No de vacinas ()回目 vez	
ふ り が な Furigana	氏 名 Nome	男・女 M・F	1か月以内に受けた他の予防接種 Vacina tomada no último mês 年 ano 月 mês 日 dia (種類 tipo) 年 ano 月 mês 日 dia (種類 tipo)	
			HPV ワクチンの2回目以降の場合、接種日をすべて記入 Para a segunda e subsequentes aplicação da vacina HPV insira todas as datas 1回目 1a vez： 年 ano 月 mês 日 dia (シルガード9 Sirgado 9, サーバリックス Serverlix・ガーダシル Gardasil) 2回目 2a vez： 年 ano 月 mês 日 dia (シルガード9 Sirgado 9, サーバリックス Serverlix・ガーダシル Gardasil)	
保護者の氏名 Nome do pai ou mãe (受ける人が16歳未満の場合記入)Preencherse acianza e menor de 16 anos)		* 回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。		

質 問 事 項 Perguntas		回 答 欄 Respostas		医師記入欄 O medico preenche
1	今日の予防接種について接種の効果や副反応等に関するリーフレットなどを読み、理解しましたか Você leu e entendeu o folheto sobre os efeitos e reações laterais da vacina de hoje?	は い Sim	いいえ Não	
2	出生時の体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか O peso ao nascer era muito baixo ou já foi informado de que apresentava alguma anormalidade durante o parto, depois do parto ou no exame médico de criança? ()	いいえ Não	は い Sim	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Você está se sentindo doente hoje? 具体的な症状を書いてください Por favor, escreva os sintomas específicos ()	いいえ Não	は い Sim	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか A criança teve alguma doença no ultimo mês ? 病名 Nome da doença () (月 mês 日 dia～ 月 mês 日頃 dia)	いいえ Não	は い Sim	
5	HPV の2回目以降の接種や1か月以内に他の予防接種を受けた場合、接種間隔は適切ですか Se tomo a segunda e subsequentes inoculações de HPV e outras vacinações no último 1 mês, os intervalos de inoculação são adequados?	は い Sim	いいえ Não	
6	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、血液、発達障害の病気、血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか Apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica 病名 Nome da doença ()	いいえ Não	は い Sim	
	(「はい」の方のみ) (So quem preencho Sim) 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 O médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	は い Sim	いいえ Não	

7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade da criança na época (歳頃meses)	いいえ Não	は い Sim	
	(「はい」の方のみ) (So quem preencho Sim) そのとき熱が出ましたか Teve com febre na época da convulsão?	いいえ Não	は い Sim	
8	薬や食品、ゴム製品、金属など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 apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, produtos de borracha, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos? 薬品名 Nome do medicamento () 食品名 Nome do alimento ()	いいえ Não	は い Sim	
9	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか Algun membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?	いいえ Não	は い Sim	
10	これまでに本人または近親者において予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか Vc ou um parente próximo passo mal depois de tomar alguma vacina? Quem foi 誰が vacinado () 予防接種の種類 Nome da vacina () 症状 Sintomas ()	いいえ Não	は い Sim	
11	現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか (注)妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません Você está atualmente grávida ou possivelmente grávida (como atraso na menstruação)? (Nota) Não é desejável vacinar as que estão grávidas ou tem possibilidade de estão grávidas	いいえ Não	は い Sim	
12	現在、授乳をしていますか Você está amamentando agora?	いいえ Não	は い Sim	
13	今日の予防接種について質問がありますか Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje? ()	いいえ Não	は い Sim	
医師記入欄 o médico Preenche 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。被接種者等に対して、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。 <u>医師署名(姓名) 自署又は記名押印(ゴム印+朱肉印)</u>		体温37.5℃以上で接種した理由		見合わせ理由
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、接種によるリスク、予防接種健康被害救済制度や国・県の相談窓口などについて理解した上で、接種を受けることに(同意します・同意しません) Após receber um exame médico e explicação, entendendo os efeitos e a finalidade da vacinação, a possibilidade de reações laterais graves, os riscos de vacinação, o sistema de auxílio-doença de vacinação, locais de consulta nacionais e prefeituras, etc., você deve receber a vacinação (eu concordo/ não concordo) 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、本予診票が市に提出されることに同意します。 Esta folha de verificação visa garantir a segurança da vacinação. Acredito ter compreendido estas informações. Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Secretaria Municipal. <u>自署 Assinatura</u> 16歳未満：保護者の姓名/保護者以外の方の姓名、続柄 16 anos imcompletos: Primeiro e sobrenome do pai ou mai ou outra pessoa que não seja os pais/ Relacionamento 16歳以上：本人の姓名 Menor de 16: Primeiro e sobrenome da pessoa				
使用ワクチン名		接 種 量	実施場所・接種医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		(筋肉内接種) 0.5ml	実 施 場 所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	
			予 診 年 月 日 令和 年 月 日 * 見合わせの場合のみ記入	