

四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)予防接種予診票

Formulário para Vacina tetravalente

(Difteria, coqueluche, tétano, poliomielite)

対象年齢：2 か月～7 歳 6 か月未満

Idade：de 2 meses a menores de 7 anos e meio

診察前体温 Temperatura ante da vacina	
度 graus	分
接種回数 No de vacinas () 回目 vez	
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)	
四種混合の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 tetravalente, insira todas as datas	
1 回目 1a vez	
年 ano	月 mês 日 dia
2 回目 2a vez	
年 ano	月 mês 日 dia
3 回目 3a vez	
年 ano	月 mês 日 dia

住所 Endereço	春日井市 Kasugai shi	TEL	-	-
ふりがな Katakana		男・女 M・F	生年 月日	年 ano 月 mês 日生 dia
受ける人の氏名 Nome da criança			Data de nascimento	(満 歳 anos カ月 meses)
保護者の氏名 Nome do pai o mãe				*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 Resposta		医師記入欄 omédico Preche
1	今日の予防接種について「予防接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか Você leu o documento Vacinação e saúde infantil com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?	はい Sim	いいえ Não	
2	今までにポリオワクチン又は三種混合ワクチンの接種を受けたことがありますか Você já foi vacinado contra a vacina contra a poliomielite ou a vacina tripla? (「はい」の人のみ) (Só quem preencho Sim) ポリオワクチン接種日 Data de vacinação contra a poliomielite 1 回目 1a vez 年 ano 月 mês 日 dia (生 viva・不活化 atenuada) 2 回目 2a vez 年 ano 月 mês 日 dia (生 viva・不活化 atenuada) 3 回目 3a vez 年 ano 月 mês 日 dia (生 viva・不活化 atenuada) 4 回目 4a vez 年 ano 月 mês 日 dia (生 viva・不活化 atenuada) 三種混合ワクチン接種日 Data da vacinação tripla 1 回目 1a vez 年 ano 月 mês 日 dia 2 回目 2a vez 年 ano 月 mês 日 dia 3 回目 3a vez 年 ano 月 mês 日 dia 4 回目 4a vez 年 ano 月 mês 日 dia	いいえ Não	はい Sim	
3	四種混合の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 a segunda e subsequentes vacinações da vacina tetravalente e outras forem recebidas dentro de um mês, o intervalo de vacinação foi apropriado? 2・3 回目：前回から21日目以降(標準としては56日までの間) 2a /3a vez : mais de 21 dias depois da dosis anterior (Normalmente 56 dias) 4 回目：前回から6か月以降(標準として12～18か月の間) 4a vez : mais de 6 meses depois da dosis anterior (Normalmente entre 12 e 18 meses)	はい Sim	いいえ Não	
4	お子さんの発育歴についておたずねします Sobre o histórico de desenvolvimento do seu filho? 出生体重 Peso ao nascimento () g 分娩時に異常がありましたか A criança apresentou alguma anormalidade no parto? () 出生後に異常がありましたか A criança apresentou alguma anormalidade após o nascimento? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Foi detectada alguma anormalidade no exame pós-natal do bebê? ()	なかった Não	あった Sim	

5	今日、体に具合の悪いところがありますか A criança está doente hoje? 具体的な症状を書いてください escreva os sintomas apresentados ()	いいえ Não	はい Sim	
6	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	
7	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? 病名 Nome da doença () 月 mês 日頃 dia)	いいえ Não	はい Sim	
8	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 A criança 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」の人のみ) (quem respondeu Sim) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても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	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade da criança na época? (歳anos か月頃mêses)	いいえ Não	はい Sim	
	(「はい」の人のみ) (quem respondeu Sim) そのとき熱が出ましたか A criança estava com febre na época da convulsão?	いいえ Não	はい Sim	
10	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 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? 薬品名 Nome do medicamento () 食品名 Nome do alimento ()	いいえ Não	はい Sim	
11	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 Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?	いいえ Não	はい Sim	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか No passado, a criança apresentou uma reação grave a alguma vacina? 予防接種の種類 Tipo de vacina () 症状 Sintomas ()	いいえ Não	はい Sim	
13	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 No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina? 予防接種の種類 Tipo de vacina ()	いいえ Não	はい Sim	
14	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 Preenchido pelo medico 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(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)		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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を受けることに(同意します・同意しません)				
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. (Dou meu consentimento Não dou meu consentimento.)				
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.				
保護者署名 Assinatura do pai o mãe (自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (Se a assinatura no for do responsável, nome completo e relacionamento)				
使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日	予診年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	ロットシール貼付 (皮下接種) 0.5ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入	