

五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ、ヒブ)
予防接種予診票

Formulário para Vacina Pentavalente

(Difteria, coqueluche, tétano, poliomielite,Hib)

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

住 所 Endereço		春日井市 Kasugai shi		TEL — —		診察前体温 Temperatura ante da vacina 度 graus 分	
ふ り が な Katakana				男・女 M・F		接種回数No de vacinas ()回目vez	
受ける人の氏名 Nome da criança				生年 月 日 Data de nascimento		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)	
保護者の氏名 Nome do pai o mãe						五種混合の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 pentavalente, 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	
						*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 o médico Prenche
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	今までに下記ワクチンのいずれかの接種を受けたことがありますか Você já recebeu alguma das seguintes vacinas?	いいえ Não	は い Sim	
	(「はい」の人のみ)※該当するワクチンに○印をつけてください。 (Só quem preencho Sim) ※ Circule a vacina apropriada. 三種混合、四種混合ワクチン接種日 Data da vacinação triplice e tetravalente 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 ポリオ単独 ヒブ単独接種日 Data de vacinação contra a poliomielite,Hib 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)			
3	五種混合の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 pentavalente 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 até 56 dias) 4 回目：前回から6 か月以降(標準として18 か月までの間) 4a vez : mais de 6 meses depois da dosis anterior (Normalmente até 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 なかった Não ない Não	あった Sim あった Sim ある 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しん、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 meses)	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。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 医師署名(姓名) 自署又は記名押印(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（ウシ成分の使用に関する説明を含む）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 (Inclui instruções sobre o uso de ingredientes de carne bovina) 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. 保護者自署 Assinatura do pai o mãe (姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄) (nome/Se a assinatura no for do responsável , nome completo e relacionamento)				
使用ワクチン名		注射の種類	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
Lot No. ロットシール貼付 (注)有効期限が切れていないか要確認		皮下注射・筋肉注射	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