

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。
Preencher com caneta dentro da linha preta em letras fáceis de ler

BCG 接種予診票 対象年齢：1歳未満（標準的な接種期間は生後5～8か月未満）

Formulário para BCG Idade：menores de 1 ano (em geral vacinação de 5 meses a menores de 8 meses)

住 所 Endereço	春日井市 Kasugai shi		診察前体温 Temperatura ante da vacina： 度 graus 分	
	TEL — —		直近1か月に受けた予防接種 Vacina tomada no último mês 年ano 月mês 日dia (種類tipo) 年ano 月mês 日dia (種類tipo) 年ano 月mês 日dia (種類tipo)	
フリガナ Furigana			生年 月日 Data de nascimento	年 ano 月 mês 日生 dia (満 カ月 meses)
受ける人の氏名 Nome da criança			男・女 M・F	
保護者の氏名 Nome do pai/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 Respostas		医師記入欄 O medico preenche
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	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	
		なかった Não	あった Sim	
		ない Não	ある Sim	
3	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	
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	皮膚病にかかっていますか A criança tem uma doença de pele? 病名 Nome da doença ()	いいえ Não	はい Sim	
6	今、副腎皮質ホルモン剤を使用していますか Agora a criança está usando corticosteroides? 病 名 Nome da doença () 薬品名 Nome do medicamento () 薬の種類 Tipos de medicamentos (のみ薬bebidas・ぬり薬pomadas・貼り薬adesivos・注射injeções) ぬり薬の場合、ぬった場所 no caso de pomadas local de aplicação ()	いいえ Não	はい Sim	
7	生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった人がいましたか Alguma pessoa ao seu redor ou sua família, teve tuberculose desde que a criança nasceu até agora?	いいえ Não	はい Sim	

8	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がいましたか 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dia)	いいえ Não	はい Sim	
9	直近1か月に受けた予防接種との接種間隔は適切ですか Se a criança recebeu alguma vacina no último mês o intervalo de vacinação é apropriado??	はい Sim	いいえ Não	
10	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) So quem preencho Sim その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良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	
11	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? () か月頃meses)	いいえ Não	はい Sim	
	(「はい」の人のみ) o quem preencho 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	
12	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	
13	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	
14	近親者にBCG接種を受けて具合が悪くなった人はいますか Algum membro da família ou parente próximo ficou doente após receber a vacina BCG? 誰が Quem () 症状 Sintomas ()	いいえ Não	はい Sim	
15	今日のBCG接種について質問がありますか Tem alguma pergunta sobre a vacinação BCG de hoje?	いいえ Não	はい Sim	
医師記入欄preenchido pelo 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 Municipa 保護者署名 Assinatura do pai ou 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)				
予診年月日	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 BCG ワクチン 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	(経皮接種) 1滴	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	