

B型肝炎予防接種予診票

Formulário da Vacina de Hepatite B

対象年齢：0 か月～1 歳未満（標準的な接種期間は 2 か月～）

Idade de 0 mês até 1ano incompleto

診察前体温	Temperatura ante da vacina
	度 raus 分
接種回数	No de vacinas () 回目
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)	
B型肝炎の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 da hepatite B, 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	
生年月日	年 ano 月 mês 日生 dia (満 歳 Anos カ月 meses)
男・女	M・F

住所 Endereço	春日井市 Kasugai shi TEL - -
ふりがな Furigana	
受ける人の氏名 Nome da criança	
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 Respostas		医師記入欄 O medico preenche
1	母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種をうけたことがありますか (「はい」と回答した場合、定期接種は受けられません) Já recebeu a vacina da hepatite B depois do parto (Se respondeu Sim não receberá a vacina)	いいえ Não	はい Sim	
2	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	
3	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	
4	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 Se sim, descreva os sintomas apresentados ()	いいえ Não	はい Sim	
5	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	
6	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 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 () 月 mês 日頃 dia)	いいえ Não	はい Sim	
7	B型肝炎の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 da hepatite B e outras forem recebidas dentro de um mês, o intervalo de vacinação foi apropriado?	はい Sim	いいえ Não	

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) (Só 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	
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	ラテックス過敏症ですか(表下欄外をお読みください) Tem Hipersensibilidade ao látex (leia a margem abaixo da tabela)	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	
15	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 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	
<p>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)</p> <p>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.)</p> <p>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。</p> <p>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.</p> <p>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)</p>				
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 ロットシール貼付 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		(皮下接種) 0.25ml	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

ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋などを使用した際にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと似た構造のタンパク質を含む果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

A hipersensibilidade ao látex é uma hipersensibilidade imediata aos produtos de borracha natural. Reação alérgica ao usar luvas de látexSe você é alérgico a frutas (proteínas como bananas, castanhas, kiwis, abacate, melão) que contém proteínas com uma estrutura semelhante ao látex, consulte-nos