

(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。)
 Por favor, Preencher com caneta dentro da linha preta em letras fáceis de ler.

- ・ 65 歳以上の人
- ・ 60 歳から 64 歳までで心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいのある人。

インフルエンザ予防接種予診票
Formulário para Vacina de Influenza

対象者		支払区分		予診年月日(未接種者のみ記入)
65 歳以上	60~64 歳	減免	予診	令和 年 月 日

整理番号	No.

住所 Endereço	春日井市 Kasugai				TEL	—	—
ふりがな Furigana		男・女 M・F	生年月日 Data de nascimento	年 ano	月 mês	日 dia	満 歳 Idade
氏名 Nome				診察前の体温 Temperatura ante da vacina graus 分 度			

* 回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に確認済と分かるように記載してください。

質問事項 Perguntas		回答欄 Respostas		医師記入欄 Prenchido pr o médico
1	今年度、定期のインフルエンザ予防接種は初めてですか È a 1ª vacina de Influenza periódica deste ano? 「いいえ」の場合は定期接種とならず、全額自己負担となります Se respondeu Não tem que acarregar os custos	はい Sim	いいえ Não	
2	「インフルエンザと予防接種」のチラシを読んで、今日の予防接種の効果や副反応についてよく理解していますか Você leu o documento com explicações sobre a vacinação de Influenza de hoje?	はい Sim	いいえ Não	
3	現在、何か病気にかかっていますか Tem alguma doença hoje	いいえ Não	はい Sim	
	「はい」の人のみ Se preenchiu Sim 病名 Nome da doença () 治療(投薬など)を受けていますか Recebe tratamento (medicamento)? 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言われましたか O médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	いいえ Não	はい Sim	
4	今日、身体に具合の悪いところがありますか Está doente hoje? 具体的な症状を書いてください Preencha os sintomas em detalhe ()	いいえ Não	はい Sim	
5	最近 1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか Teve febre ou alguma doença no ultimo mês? 病名 Nome da doença ()	いいえ Não	はい Sim	
6	1 か月以内に予防接種を受けましたか Recebiu alguma vacina no último mês? 予防接種名 Nome da vacin () 日付 Data (月 mês 日 dia)	いいえ Não	はい Sim	
7	ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか Tem alergia a frango ou ovo?	いいえ Não	はい Sim	
8	今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか Já recebeu a vacina de Influenza alguma vez	いいえ Não	はい Sim	
	「はい」の人のみ Se preenchiu Sim その時に具合が悪くなったことがありますか Apresentou alguma reação grave a vacina? 症状 Sintomas ()	いいえ Não	はい Sim	
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか Apresentou alguma reação grave a vacinas além da Influenza?	いいえ Não	はい Sim	

10	今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか Até agora há apresentado doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica?	いいえ Não	はい Sim	
	「はい」の人のみ Se preencheu Sim 病名 Nome da doença () 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	今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか Teve convulsão (espasmo ou ataque) no passado?	いいえ Não	はい Sim	
12	今までに免疫不全と診断されたことがありますか Há apresentado imunodeficiência no passado?	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 medico 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。本人に対して、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	
ワクチンロット番号	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	0.5ml		令和 年 月 日	

インフルエンザ予防接種希望者（医師の診察後に記入してください。）

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などについて理解した上で、接種を希望します

Aplicação da vacina de Influença（Preencha depois da entrevista com o médico）

A entrevista 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.

（接種を希望します・接種を希望しません）

Comcordo Não comcordo.

本予診票は、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、本予診票が春日井市に提出されることに同意します。また、本接種が定期接種に該当しない期間や回数であったことが判明した場合は、接種費用を全額自己負担す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

Se for constatado que esta vacinação foi por um período ou frequência que não se enquadra na vacinação de rotina, concordo em pagar todas as despesas de vacinação.

被接種者署名Assinatura

被接種者が自署できない場合は、代筆者が上記の被接種者署名の記入と、次の代筆者署名及び被接種者との続柄を記入してください。

No caso a pessoa não posse assinar o representante preenche os dados mencionados arriba e assina embaixo

代筆者署名Assinatura do Representante

続柄Relação