

高齢者肺炎球菌予防接種予診票

Formulário para Vacina de pneumococo para idosos

(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.

・経過措置とは
当該年度に 65 歳、70 歳、75 歳、80 歳、85 歳、90 歳、95 歳、100 歳となる人
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当該年齢の人

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

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

* 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 O medico preenche
1	今までに肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがありますか (「はい」の場合は定期接種はできません) Já recebeu a vacina contra o pneumococo (New Mobaks NP) (Se respondeu SIM não recebera a vacina)	いいえ Não	はい Sim	
2	「高齢者肺炎球菌予防接種(接種を受ける方へ)」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 pneumococo para idosos 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 病名を書いてください 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	はい Sim いいえ Não	
4	今日、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 último mês? 病名を書いてください Preencha 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 vacina () 日付 Data (月 mês 日 dia)	いいえ Não	はい Sim	
7	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 preenchou Sim 病名を書いてください 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言われましたか O médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	はい Sim	いいえ Não	
8	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 alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado?	いいえ Não	はい Sim	
9	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	

10	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 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	
ワクチンロット番号	注射の種別	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	皮下注射 ・ 筋肉注射	0.5ml		令和 年 月 日

高齢者肺炎球菌予防接種希望者(医師の診察後に記入してください。)

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

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、接種を希望しますか。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、過去に高齢者肺炎球菌の予防接種を受けてい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. Além disso, se foi tomada a vacina do Neumococo no passado 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