

(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 con caneta dentro da linha preta, em letras fáceis de ler.

## 二種混合(ジフテリア及び破傷風)予防接種予診票 Formulário para Vacina Dupla (Difteria, tétano)

対象年齢：11歳～13歳未満

Idade：de 11 a 13 anos incompletos

		診察前体温 Temperatura ante da vacina 度 grau 分	
住所 Endereço	春日井市 Kasugai  TEL — —		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 )
ふりがな Furigana		男・女 M・F	生年 月 日 Data de nascimento (満 歳 anos カ月 meses)
受ける人の氏名 Nome da criança			
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 なかった Não ない Não	あった Sim あった Sim ある Sim	
3	今までに、二種又は三種混合予防接種を受けたことがありますか Você já foi vacinado contra a vacina Dupla ou a vacina triplice?	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 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 último mês? 病名 Nome da doença ( ) ( 月 mês 日 dia ~ 月 mês 日 dia)	いいえ Não	はい Sim	
6	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 exigi uma consulta médica? 病名 Nome da doença ( 月 mês 日 dia )	いいえ Não	はい Sim	
7	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 A criança recebeu alguma vacina no último mês?	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? Nome da doença (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	
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)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	
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 Algun 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 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。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。 <b>医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)</b>		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 Municipal <b>保護者署名 Assinatura do pai ou mãe</b> (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)				
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) <b>0.1ml</b>	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入