

(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, escreva em letras fáceis de ler

## 日本脳炎予防接種予診票

### Formulário da vacina de encefalite japonesa

対象年齢：第1期...6か月～7歳6か月未満(標準的な接種期間は3歳～)  
 第2期...9歳～13歳未満

平成7年4月2日～平成19年4月1日生まれの人...6か月～20歳未満  
 平成19年4月2日～平成21年10月1日生まれの人...第1期末接種分を  
 9歳～13歳未満で接種可能

Idade: Termo 1 ... de 6 meses a 7 anos e 6 meses incompletos  
 (o período de inoculação padrão é a partir de 3 anos).

2º Termo de 9 anos a 13 anos incompletos

Aqueles nascidos entre abril 2 1995 e abril 1 de 2007 ... de 6 meses a 20 anos incompletos

Aqueles nascidos entre abril 2 2007 e abril 1 de 2009 ...

O 1º termo não vacinado pode ser tomar vacina entre 9 e 13 anos incompletos

診察前体温 Temperatura ante da vacina 度 graus 分	
接種回数 No de vacinas ( )回目vez	
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 )	
住所 Endereço	春日井市 Kasugai shi  TEL — —
ふりがな Furigana	男・女 M・F
受ける人の氏名 Nome da criança	生年 月日 Data de nascimento (満 年ano 月mês 日生dia 歳anos カ月mêses)
保護者の氏名 Nome do pai ou 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	
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	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	

6	<p>日本脳炎の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</p> <p>Se a segunda e subsequentes vacinações da vacina de encefalite japonesa e outras forem recebidas no ultimo mês, o intervalo de vacinação foi apropriado?</p> <p>2回目2a vez : 1回目から7日目以降(標準としては28日までの間) mais de 21 dias depois da 1ª dosis (Normalmente 28 dias)</p> <p>3回目3a vez : 2回目からおおむね1年 mais de 1 ano depois da 2ª dosis</p>	はい Sim	いいえ Não
7	<p>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</p> <p>A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica?</p> <p>病名 Nome da doença ( )</p>	いいえ Não	はい Sim
	<p>(「はい」の人のみ)quem respondeu Sim</p> <p>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか</p> <p>O médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?</p>	はい Sim	いいえ Não
8	<p>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか</p> <p>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)</p>	いいえ Não	はい Sim
	<p>(「はい」の人のみ)quem respondeu Sim</p> <p>そのとき熱が出ましたか A criança estava com febre na época da convulsão?</p>	いいえ Não	はい Sim
9	<p>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</p> <p>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?</p> <p>薬品名 Nome do medicamento ( )</p> <p>食品名 Nome do alimento ( )</p>	いいえ Não	はい Sim
10	<p>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</p> <p>Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?</p>	いいえ Não	はい Sim
11	<p>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</p> <p>No passado, a criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?</p> <p>予防接種の種類 Tipo de vacina ( )</p> <p>症状 Sintomas ( )</p>	いいえ Não	はい Sim
12	<p>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</p> <p>No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?</p> <p>予防接種の種類 Tipo de vacina ( )</p>	いいえ Não	はい Sim
13	<p>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?</p> <p>( )</p>	いいえ Não	はい Sim
<p>医師記入欄 Preenche o médico</p> <p>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。</p> <p>医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)</p>		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</p> <p>(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
<p>ワクチン名</p> <p>(ロットシール貼付)</p> <p>Lot No.</p> <p>(注)有効期限が切れていないか要確認</p>	<p>(皮下接種)</p> <p>ml</p>	<p>実施場所</p> <p>接種医師名</p> <p>接種年月日 令和 年 月 日</p>	<p>令和 年 月 日</p> <p>*見合わせの場合のみ記入</p>