

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

ロタウイルス
予防接種予診票
Formulário para
Vacina rotavirus

種類 (対象年齢) いずれかの種類で接種を受ける Tipo (idade do vacinação) posse receber vacinação de qualquer tipo ◆種類については予約時に確認をしてください。 (標準的な接種期間はいずれも生後2か月～) Por favor, confirmar o tipo no momento da reserva. (O período de inoculação padrão é desde os 2 meses após o nascimento)	診察前体温 Temperatura ante da vacina 度 graus 分	
	種類に○印を記入 Insira um círculo no tipo ロタリックス Rotarix・ロタテック Rotatec 接種回数 Número de inoculações () 回目 ^a vez 同じ種類で接種を完了すること Completar vacinação com o mesmo tipo	
	ロタウイルスの2回目以降の場合、接種日を記入 No caso da 2 o más aplicações de rotavírus e subsequentes, insira a data de inoculação ロタリックス1回目 Rotarix1a vez 年 ano 月 mês 日 dia ロタテック1回目 Rotatech 1a vez 年 ano 月 mês 日 dia ロタテック2回目 Rotatech 2a vez 年 ano 月 mês 日 dia 直近1か月に受けた予防接種 Vacina tomada no último mês 年 ano 月 mês 日 dia (種類 tipo) 年 ano 月 mês 日 dia (種類 tipo)	
2 回接種 ロタリックス (生出6週0日～24週0日) 2 aplicações Rotarix (das 6 semanas até 24 semanas depois do nascimento)		
3 回接種 ロタテック (出生6週0日～32週0日) 3 aplicações de Rotatech (das 6 semanas até 32 semanas depois do nascimento)		
住所 Endereço	春日井市 Kasugaishi TEL — —	
ふりがな Furigana	男・女 M・F	生年 月日 Data de nascimento (満 週 semanas 日 dia)
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 Escreva 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 último mês? 病名 Nome da doença mês () (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 Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? 病名 Nome da doença () 月 mês 日頃 dia)	いいえ Não	はい Sim	
6	ロタウイルスの1回目接種の場合、出生14週6日以内ですか (超えている場合は、そのリスクの説明を受けてください) No caso da 1ª aplicação rotavírus foi dentro das 14 semanas e 6 dias após o nascimento? (Se for depois, receba a explicação sobre o risco-)	はい Sim	いいえ Não	

7	ロタウイルスの2回目以降の接種を受ける場合、前回の接種から27日以上あいていますか No caso de receber a segunda vacinação de rotavírus ou subsequente, já se passaram mais de 27 dias depois da vacinação?	はい Sim	いいえ Não
8	これまで腸重積症になったことや、治療の完了していない先天性消化管障がいがありますか（「はい」と回答した場合、定期接種はうけられません） A criança apresentou algum distúrbio gastrointestinal congênito que não foi tratado ou intussuscepção intestinal? (Se responder "sim", você não receberá as vacinas regulares)	いいえ Não	はい Sim
9	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）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
10	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
11	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
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	肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか A criança já apresentou infecções a repetição, como pneumonia ou otite média, diarreia ou não ganho de peso?	いいえ Não	はい Sim
14	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
15	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
16	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
医師署名欄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
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（特に腸重積症）、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 (especialmente Intussuscepção), da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas (Dou meu consentimento Não dou meu consentimento.) この予防票は、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、本予防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. 保護者署名 Assinatura do pai ou mãe e （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 ワクチン名 L o t No. (注)有効期限が切れていないか要確認	接種量 (経口接種) ロタリックス1.5ml ロタテック 2ml 該当の種類に○をつけてください	実施場所・接種医師名・接種年月日 実施場所 接種医師名 接種年月 日 令和 年 月 日	予診年月日 令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入