

三種混合予防接種予診票

Formulário para Vacina Triplice

対象年齢：3 か月～7歳6 か月未満
(Difteria, coqueluche, tétano,)

Idade de 3 meses a menores de 7 anos e meio incompletos

| | | | | |
|------------------------------|----------------------------|------------|--|---|
| 住 所 Endereço | 春日井市 Kasugai shi | | 診 察 前 体 温 Temperatura ante da vacina 度 grau 分 | |
| | TEL - - | | 接 種 回 数 No de vacinas ()回目 vez | |
| ふ り が な Furigana | 受ける人の氏名 Nome da criança | 男・女 M・F | 生年 | 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) |
| | | | 月日 | |
| 受ける人の氏名 Nome da criança | | | Data de nascimento | 1 回目 1a vez 年 ano 月 mês 日 dia |
| 保護者の氏名 Nome do pai ou mãe | | | 年 ano 月 mês 日生 dia (満 歳 anos か月 meses) | 2 回目 2a vez 年 ano 月 mês 日 dia |
| | | | | 3 回目 3a vez 年 ano 月 mês 日 dia |
| | | | | *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 | 三種混合2回目以降の場合及び直近1か月に受けた予防接種との接種間隔は適切ですか Se a segunda e subsequentes vacinações da vacina triplice e outras forem recebidas dentro de um mês, o intervalo de vacinação foi apropriado? 2・3回目：前回から21日目から57日目まで 2a /3a vez: mais de 21 dias depois da dosis anterior (Normalmente 56 dias) 4回目：前回から6か月以上(標準として12～18カ月の間) 4a vez: mais de 6 meses depois da dosis anterior (Normalmente entre 12 e 18 meses) | はい Sim | いいえ Não | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--------------------------|
| 7 | 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 |
| 8 | 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 |
| 9 | 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 |
| 10 | 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 |
| 11 | 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 |
| 12 | 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 |
| 13 | 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか Você recebeu uma transfusão de sangue ou injeção de gamaglobulina nos últimos 6 meses? 輸血・ガンマグロブリン注射 Transfusão de sangue / injeção de gamaglobulina () 月mês () 日dia頃 | 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 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 |
| 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. 保護者署名 Assinatura do pai o mãe (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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認 | (皮下接種) 0.5ml | 実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入 |