

※Preencher os campos em negrito. 太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本	接種可能期間	
Nome(KATAKANA) フリガナ		整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	ano 年 mês 月 dia 日 生 Tempo de vida 週 (出生 週 日後)
		(Comece a contar a partir do dia seguinte da data que a criança nasceu 誕生日の翌日を1日として算出)	

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Rotavírus 【1ª dose】)

ロタウイルス感染症予防接種予診票兼接種依頼書【1回目】※ Medir a temperatura no hospital

temperature corporal antes da consulta °C

Coluna de perguntas 【質問事項】	Coluna das respostas 【回答欄】	医師記入欄
1. Leu a folha de explicação da vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい Não いいえ	
2. Sua criança não passou de 14 semanas e 6 dias de vida (no dia da vacinação)? あなたのおさんは、接種日において生後14週6日後を過ぎてませんか。 * Caso ela esteja com 15 semanas 0 dias ou mais de vida, receba a explicação do médico 生後15週0日後4以降の場合は医師より説明を受けてください。	Sim はい Não いいえ	
3. Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのおさんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 ()g Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健康診査で異常があったと指摘されましたか	Teve あった Teve あった Teve ある Não なかった Não なかった Não ない	
4. Como está a condição física da criança hoje? Aparenta estar mal ou doente? 今日体に具合の悪いところがありますか Se sim, especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい Não いいえ	
5. Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい Não いいえ	
6. Teve contato com algum familiar ou alguém que brinca junto pegou sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 1か月以内に家族や遊び仲間、風しん、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 Nome da doença 病名 ()	Sim はい Não いいえ	
7. Aplicou alguma vacina neste último mês? 1か月以内に予防接種を受けましたか。 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい Não いいえ	
8. Até hoje já ficou com intussuscepção ou invaginação intestinal? Ou tem defeito congênito do aparelho digestivo que ainda não finalizou o tratamento? これまでに腸重積症になったことはありませんか または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか * Neste caso não será possível aplicar a vacina Rotavírus. この場合ロタウイルスワクチンの接種はできません。	Sim はい Não いいえ	
9. Até hoje foi diagnosticado como: imunodeficiência? Ou já pegou doenças como: pneumoni, timpanite, etc. Já ficou com diarreias sucessivamente ou já teve dificuldade em ganhar peso? これまでに免疫不全と診断されていますか または、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 * Há casos que não será possível aplicar a vacina Rotavírus. ロタウイルスワクチンが接種できないことがあります。	Sim はい Não いいえ	
10. Desde o nascimento até hoje, teve alguma doenças especiais como: anomalia congênita, gastroenterite, cardíaca, renal, hepática, cerebral ou outros? 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、その他の病気)にかかり、医師の診察をうけていますか。 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その科の主治医から今日の予防接種を受けてよいと認められましたか	Sim はい Não いいえ Sim はい Não いいえ	
11. Alguma vez, apresentou convulsão (ou espasmos)? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim あり Não ない	
12. Alguma vez sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos e teve reações como: surgimento de urticárias, erupção cutânea ou mal estar? 薬や食品で皮膚に発しん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。 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (Ovo, gelatina, etc. 卵、ゼラチン、その他)		
13. Alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい Não いいえ	
14. Durante a gravidez a mãe tomou algum remédio para controlar a imunidade? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか (Nome do medicamento 薬剤名)		
15. Alguém da família foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Teve ある Não いいえ	
16. Alguém da família, alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種をうけて具合が悪くなったことはありませんか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい Não いいえ	
17. Até hoje já foi submetido(a) a transfusão de sangue ou aplicou a vacina Gamaglobina? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい Não いいえ	
18. Tem alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい Não いいえ	

医師記入欄
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・見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Após a consulta e ter recebido a explicação médica sobre os objetivos, benefícios, possibilidade de efeitos colaterais graves (em especial: intussuscepção ou invaginação intestinal) e sistema de auxílio por danos à saúde(YOBÔ SESSHU KENKÔ HIGAI KYUSAI SEIDO), etc, compreendi tudo e
【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することに】
(Consinto a vacinação 【同意します】 / Não autorizo a vacinação 【同意しません】)
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
Assinatura do responsável 保護者自署

接種方法・量	実施場所
Lot No. 有効期限	医師名
	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】 □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ) 【個別接種】

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
		医師名
Lot No. 有効期限		接種年月日

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本	Sexo 性別	接種可能期間	
Nome(KATAKANA) フリガナ			整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Telefone 電話番号	ano mês dia 年 月 日生
Nome do responsável 保護者の氏名			Data de nascimento 生年月日	Tempo de vida dias (出 生 週 日後)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Rotavírus [2ª dose])

temperature corporal antes da consulta	°C
---	----

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna das respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha de explicação da vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Já se passaram 27 dias desde a última vacinação com rotavírus? 前回のロタウイルスワクチン接種日から27日以上あいていますか。 (Data de vacinação anterior: ano, mês, dia) (前回接種日 年 月 日) Vacina anterior, (Rotarix・Rotatec) 前回のワクチン (ロタリックス・ロタテック)	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança, a sua mãe ou responsável deve responder: Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Teve あった Teve あった Teve ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Como está a condição física da criança hoje? Aparenta estar mal ou doente? 今日体に具合の悪いところがありますか Se sim, especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com algum familiar ou alguém que brinca junto pegou sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 1か月以内に家族や遊び仲間、に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina neste último mês? 1か月以内に予防接種を受けましたか。 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
8	Até hoje já ficou com intussuscepção ou invaginação intestinal? Ou tem defeito congênito do aparelho digestivo que ainda não finalizou o tratamento? これまでに腸重積症になったことはありますか または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか * Neste caso não será possível aplicar a vacina Rotavírus. この場合ロタウイルスワクチンの接種はできません。	Sim はい	Não いいえ	
9	Até hoje foi diagnosticado como: imunodeficiência? Ou já pegou doenças como: pneumonia, timpanite, etc. Já ficou com diarreias sucessivamente ou já teve dificuldade em ganhar peso? これまでに免疫不全と診断されていますか または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えがなかったりしたことがありますか * Há casos que não será possível aplicar a vacina Rotavírus. ロタウイルスワクチンが接種できないことがあります。	Sim はい	Não いいえ	
10	Desde o nascimento até hoje, teve alguma doença especial como: anomalia congênita, gastroenterite, cardíaca, renal, hepática, cerebral ou outros? 生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、その他の病気) にかかり、医師の診察をうけていますか。 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
11	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか Alguma vez, apresentou convulsão (ou espasmos)? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
12	Alguma vez sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos e teve reações como: surgimento de urticárias, erupção cutânea ou mal estar? 薬や食品で皮膚に発しん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。 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (Ovo, gelatina, etc. 卵、ゼラチン、その他)	Sim ある	Não ない	
13	Alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
14	Durante a gravidez a mãe tomou algum remédio para controlar a imunidade? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか (Nome do medicamento 薬剤名)			
15	Alguém da família foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Teve ある	Não いいえ	
16	Alguém da família, alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種をうけて具合が悪くなったことはありますか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
17	Até hoje já foi submetido(a) a transfusão de sangue ou aplicou a vacina Gamaglobina? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
18	Tem alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄
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 ・ 見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Apos a consulta e ter recebido a explicação médica sobre os objetivos, benefícios, possibilidade de efeitos colaterais graves (em especial intussuscepção ou invaginação intestinal) e sistema de auxílio por danos à saúde (YOBO, SESSHU KENKO HIGAI KYUSAI SEIDO), etc. compreendi tudo e
 【医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用の可能性、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することに】
 (Consinto a vacinação 【同意します】 / Não autorizo a vacinação 【同意しません】)
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 この予防診察は、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、本予防診察が市町村に提出されることに同意します。
 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
		医師名	
Lot No.	有効期限	接種年月日	
(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にないことがあります。			
【医療機関控え】		【個別接種】	
被接種者	住所		
	氏名	生年月日	平成 年 月 日生
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
		医師名	
Lot No.	有効期限	接種年月日	

※Preencher os campos em negrito. 太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本	接種可能期間	
Nome(KATAKANA) フリガナ		整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	ano 年 mês 月 dia 日生 Tempo de vida 生年 (出生 semanas 週 dias 日後)

(Comece a contar a partir do dia seguinte da data que a criança nasceu 誕生日の翌日を1日として算出)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Rotavírus 【3ª dose Rotatech apenas】)

ロタウィルス感染症予防接種予診票兼接種依頼書【3回目 ロタテックのみ】

temperature corporal antes da consulta	°C
---	----

※ Medir a temperatura no hospital

Coluna de perguntas 【質問事項】	Coluna das respostas 【回答欄】	医師記入欄
1. Leu a folha de explicação da vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい Não いいえ	
2. Já se passaram 27 dias desde a última vacinação com rotavírus? 前回のロタウィルスワクチン接種日から27日以上あっていますか。 (Data de vacinação anterior: ano, mês, dia) (前回接種日 年 月 日) Vacina anterior, (Rotarix・Rotatec) 前回のワクチン (ロタリックス・ロタテック) ※ Para Rotarix não há terceira vez ロタリックスの場合は3回目はありません	Sim はい Não いいえ	
3. Sobre o histórico de desenvolvimento da criança. 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Teve あった Não なかった Teve あった Não なかった Teve ある Não ない	
4. Como está a condição física da criança hoje? Aparenta estar mal ou doente? 今日体に具合の悪いところがありますか Se sim, especificar os sintomas. 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい Não いいえ	
5. Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい Não いいえ	
6. Teve contato com algum familiar ou alguém que brinca junto pegou sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 1カ月以内に家族や遊び仲間、友人、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 Nome da doença 病名 ()	Sim はい Não いいえ	
7. Aplicou alguma vacina neste último mês? 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい Não いいえ	
8. Até hoje já ficou com intussuscepção ou invaginação intestinal? Ou tem defeito congênito do aparelho digestivo que ainda não finalizou o tratamento? これまでに腸重積症になったことはありますか または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか * Neste caso não será possível aplicar a vacina Rotavírus. この場合ロタウィルスワクチンの接種はできません。	Sim はい Não いいえ	
9. Até hoje foi diagnosticado como: imunodeficiência? Ou já pegou doenças como: pneumonia, timpanite, etc. Já ficou com diarreias sucessivamente ou já teve dificuldade em ganhar peso? これまでに免疫不全と診断されていますか または、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 * Há casos que não será possível aplicar a vacina Rotavírus. ロタウィルスワクチンが接種できないことがあります。	Sim はい Não いいえ	
10. Desde o nascimento até hoje, teve alguma doença especial como: anomalia congênita, gastroenterite, cardíaca, renal, hepática, cerebral ou outras? 生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、その他の病気) にかかり、医師の診察をうけていますか。 Nome da doença 病名 ()	Sim はい Não いいえ	
11. O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい Não いいえ	
12. Alguma vez, apresentou convulsão (ou espasmos)? 今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim あり Não ない	
13. Alguma vez sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos e teve reações como: surgimento de urticárias, erupção cutânea ou mal estar? 薬や食品で皮膚に発しん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。 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (Ovo, gelatina, etc. 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい Não いいえ	
14. Alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい Não いいえ	
15. Durante a gravidez a mãe tomou algum remédio para controlar a imunidade? 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか (Nome do medicamento 薬剤名)	Teve ある Não いいえ	
16. Alguém da família foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい Não いいえ	
17. Alguém da família, alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種をうけて具合が悪くなったことはありますか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい Não いいえ	
18. Até hoje já foi submetido(a) a transfusão de sangue ou aplicou a vacina Gamaglobina? これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい Não いいえ	
19. Tem alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい Não いいえ	

医師記入欄
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・見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Após a consulta e ter recebido a explicação médica sobre os objetivos, benefícios, possibilidade de efeitos colaterais graves (em especial: intussuscepção ou invaginação intestinal) e sistema de auxílio por danos à saúde (YOBÔ SESSHU KENKÔ HIGAI KYUSAI SEIDO), etc, compreendi tudo e
【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することに】
(Consinto a vacinação 【同意します】 / Não autorizo a vacinação 【同意しません】)
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
Lot No 有効期限		医師名	
		接種年月日	
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。			
【医療機関控え】 □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ) 【個別接種】			
被接種者	住所 氏名	生年月日	平成 年 月 日生
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
Lot No 有効期限		医師名	
		接種年月日	

Endereço 住所	見 本		接種 可能期間	
			整理番号	
Nome em katskana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 anos 歳 meses カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra HIB 【Fase inicial 1ª dose】(Município de Nishio)

I

ヒブ (H i b) 感染症

※ Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	No dia da vacinação a criança tem a idade de 2 meses até um dia antes de completar 7 meses? (não é possível utilizar esta ficha a partir dos 7 meses de idade) あなたのお子さんは、接種日において2か月から7か月未満ですか（7か月以上のお子さんは使用できません）	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança, você tem alguma preocupação sobre o parto? (se não, não preencher) あなたの赤ちゃんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか	Sim あった	Não なかった	
	Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか	Sim あった	Não なかった	
	Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	Sim ある	Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいとしましたか	Sim はい	Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 () ano/年 mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ	
	Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい	Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 ヒブ (Hib) 感染症 初回 1回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本		Período de aplicação 接種可能期間	
			整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra HIB (Município de Nishio)

II

【Fase inicial (1ª dose · 2ª dose)】※Circular na aplicação que corresponde

Registro de aplicação da Hib	1ª dose	ano 年 mês 月 dia 日
------------------------------	---------	-------------------------

ヒブ (H i b) 感染症

※Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】

Coluna de respostas
【回答欄】

医師記入欄

1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	Há quantos dias de intervalo com a aplicação anterior? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 20 dias de intervalo) ヒブ 前回から何日あいてますか (20日以上の間隔があいていないと接種できません) (dias/H)			
	A criança, na data da aplicação, tem menos de 1 ano de idade? お子さんは接種日において生後 12 か月未満ですか (Esta ficha não pode ser utilizada por crianças acima de 1 ano de idade) (12 か月以上のお子さんは使用できません)	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1 か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? Nome da vacina () (ano mês dia) 【1 か月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいとしましたか	Sim はい	Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい	Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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 ・ 見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo / não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに (同意します・同意しません) Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予防表は、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、本予防表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】

ヒブ (Hib) 感染症 初回 (1回目・2回目) ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ (予診のみ)

被接種者	住所		生年月日	平成 年 月 日生
	氏名			

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	Período de aplicação 接種可能期間	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号
Nome do paciente 受ける人の氏名	見 本	Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成
Nome do responsável 保護者の氏名			ano 年
			dia 日
			(満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra HIB (Município de Nishio)

【Fase inicial (2ª dose • 3ª dose)】

※Circular na aplicação que corresponde

Registro de aplicação da Hib	1ª dose	ano 年	mês 月	dia 日	2ª dose	ano 年	mês 月	dia 日
------------------------------	---------	----------	----------	----------	---------	----------	----------	----------

ヒブ（H i b）感染症

※Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】

Coluna de respostas
【回答欄】

医師記入欄

1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	Há quantos dias de intervalo com a aplicação anterior? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 20 dias de intervalo) ヒブ 前回から何日あいてますか（20日以上の間隔があいていないと接種できません） (dias/H)			
	A criança, na data da aplicação, tem menos de 1 ano de idade? お子さんは接種日において生後12か月未満ですか (Esta ficha não pode ser utilizada por crianças acima de 1 ano de idade) (12か月以上のお子さんは使用できません)	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança, a sua mãe, o pai ou o responsável, teve alguma anomalia durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anomalia durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anomalia pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anomalia? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anomalia em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? Nome da vacina () (ano mês dia) 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、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。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらって、医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい	Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや痒疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに（同意します・同意しません）
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No.	有効期限	接種年月日	
	0.5ml		

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】

ヒブ（Hib）感染症 初回（2回目・3回目） □ 接種実施 □ 接種見合わせ（予診のみ）

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No.	有効期限	接種年月日	
	0.5ml		

Endereço 住所	見 本	Sexo 性別	Período de aplicação 接種可能期間				
Nome em katakana フリガナ			整理番号				
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号					
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成	ano 年	mês 月	dia 日	生 日
				(満 歳 カ月)			

IV

contra HIB (Fase inicial 1ª dose + Reforço)

※ Circular na aplicação que corresponde

		ano	mes	dia		ano	mes	dia		ano	mes	dia
Registro de aplicação da Hib	1ª dose	年	月	日	2ª dose	年	月	日	3ª dose	年	月	日

ヒブ（Hib）感染症

✱ Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da consulta	°C
--	----

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄		
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim	はい	Não	いいえ	
2	Há quantos dias de intervalo com a aplicação anterior? ヒブ 前回から何か月何日あいてますか (meses/月 dias/日)					
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim	あった	Não	なかった	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim	はい	Não	いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim	はい	Não	いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim	はい	Não	いいえ	見 本
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? Nome da vacina () (ano mês dia) 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim	はい	Não	いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim	はい	Não	いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim	はい	Não	いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim	はい	Não	いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim	ある	Não	ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim	はい	Não	いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim	はい	Não	いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim	はい	Não	いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日予防接種について質問がありますか	Sim	はい	Não	いいえ	

醫師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。] Assinatura do responsável 保護者自署

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 ヒブ（Hib）感染症 初回 1回目・追加 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住 所				
	氏 名		生年月日	平成	年 月 日生

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
乾燥ヘモフィルスb型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日	

Endereço 住所	見 本	Sexo 性別	接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ		Telefone 電話番号	整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 年 月 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação Pneumocócica Pediátrica (Município de Nishio)

I

【Fase inicial 1ª dose】

小児肺炎球菌感染症 初回 1 回目

※ Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	No dia da vacinação a criança tem a idade de 2 meses até um dia antes de completar 7 meses? (não é possível utilizar esta ficha a partir dos 7 meses de idade) あなたのお子さんは、接種日において2か月から7か月未満ですか（7か月以上のお子さんは使用できません）	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança, a sua mãe ou responsável, você lembra alguma anormalidade durante o parto? (se não, não preencher) 出生後、異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	見 本
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, síndrome de imunodeficiência ou outras, e que necessita de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらって、医師が今日の予防接種を受けてよいと言いましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Alguma vez sofreu alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
この予防接種表は、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、本予防接種表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3-6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】 小児肺炎球菌感染症 初回 1回目 □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所			
	氏名		生年月日	平成 年 月 日生

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日	

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間	
		整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日
Nome do responsável 保護者の氏名			Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 meses 年 (満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação Pneumocócica pediátrica (município de Nishio)

II

Fase inicial (1ª dose • 2ª dose) ※Circular na aplicação que corresponde

Registro de aplicação da pneumocócica pediátrica	1ª dose	ano 年 mês 月 dia 日
--	---------	-------------------

小児肺炎球菌感染症

※Medir na instituição médica

Temperatura corporal
antes da consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】

Coluna de
respostas
【回答欄】

医師記入欄

1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	Há quantos dias de intervalo com a aplicação anterior? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 27 dias de intervalo) 小児肺炎球菌 前回から何日あいてますか (27日以上の間隔があいていないと接種できません) A criança, na data da aplicação, tem menos de 1 ano de idade? お子さんは接種日において生後12か月未満ですか (Esta ficha não pode ser utilizada por crianças acima de 1 ano de idade) (12か月以上のお子さんは使用できません)	() dias/日		
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () g Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? Nome da vacina () () ano mês dia 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気の診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 () ano/年 mês/月 dia/日 Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.

【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、接種することに（同意します・同意しません）

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.

【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】

小児肺炎球菌感染症 初回（1回目・2回目）☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ（予診のみ）

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間	
		整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日
Nome do responsável 保護者の氏名			Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 anos 歳 meses ヵ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação Pneumocócica Pediátrica (Município de Nishio)

【Fase inicial (1ª dose • 2ª dose • 3ª dose)】

※Circular na aplicação que corresponde

Registro de aplicação da pneumocócica pediátrica	1ª dose	ano 年 mês 月 dia 日	2ª dose	ano 年 mês 月 dia 日
--	---------	-------------------	---------	-------------------

小児肺炎球菌感染症

※Medir na instituição médica

Temperatura corporal
antes da consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Há quantos dias de intervalo com a aplicação anterior? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 27 dias de intervalo) 小児肺炎球菌 前回から何日あいてますか (27日以上の間隔があいていないと接種できません) (dias/日) A criança, na data da aplicação, tem menos de 2 anos de idade? お子さんは接種日において生後2歳未満ですか (Esta ficha não pode ser utilizada por crianças acima de 2 anos de idade) (2歳以上のお子さんは使用できません)	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? Nome da vacina () (ano mês dia) 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病氣(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病氣) にかかり医師の診察をうけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を治してもらって医師が今日の予防接種を受けていいといいましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに (同意します・同意しません)】
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 小児肺炎球菌感染症 初回 (1回目・2回目・3回目) □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間	
		整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日
Nome do responsável 保護者の氏名			平成 年 月 日生 (満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação Pneumocócica Pediátrica (município de Nishio)

IV 【Fase inicial (1ª dose • 2ª dose) • Reforço】

※Circular na aplicação que corresponde

Registro de aplicação da pneumocócica pediátrica	1ª dose	ano mês dia	2ª dose	ano mês dia	3ª dose	ano mês dia
		年 月 日		年 月 日		年 月 日

小児肺炎球菌感染症

※Medir na instituição médica

Temperatura corporal
antes da consulta

°C

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	Há intervalo mínimo de 60 dias com a aplicação anterior? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 60 dias de intervalo) 小児肺炎球菌 前回から60日以上あいてますか (60日以上の間隔があいていないと接種できません) No dia da vacinação a criança tem mais de 12 meses de idade? (Este formulário não é utilizável para crianças com mais de 12 meses de idade) あなたのお子さんは、接種日において12か月以上ですか (12か月未満のお子さんは使用できません)	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança, a sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Peso de quando nasceu 出生体重 () Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? Nome da vacina () (ano mês dia) 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらって、医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família que apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに (同意します・同意しません) Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予防表は、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、本予防表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 小児肺炎球菌感染症 初回 (1回目・2回目)・追加 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ (予診のみ)

接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日	

※Preencher os campos em negrito. 太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本	接種可能期間	
		整理番号	
Nome(KATAKANA) フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号
Nome do paciente 受ける人の氏名		Data de nascimento 生年月日	Heisei 年 月 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名			

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Hepatite B 【1ª dose】)

B型肝炎予防接種予診票兼接種依頼書【1回目】※ Medir na instituição médica.

temperature corporal antes da consulta	℃
---	---

Coluna de perguntas 【質問事項】	Coluna das respostas 【回答欄】	医師記入欄
1 Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい Nao いいえ	
2 Sua criança já completou 2 meses (contando no dia da vacinação)? あなたのお子さんは接種日において生後2か月以上ですか	Sim はい Nao いいえ	
3 Sobre o histórico de desenvolvimento da criança. 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか	Sim あった Nao なかった Sim あった Nao なかった Sim ある Nao ない	
4 Como está a condição física da criança hoje? Aparenta estar mal ou doente? 今日体に具合の悪いところがありますか Se sim, especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい Nao いいえ	
5 Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい Nao いいえ	
6 Teve contato com alguma pessoa ou familiar com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか Nome da doença 病名 ()	Sim はい Nao いいえ	見 本
7 Aplicou alguma vacina neste último mês? 1か月以内に予防接種を受けましたか Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい Nao いいえ	
8 Desde o nascimento até hoje, precisou se consultar por motivo de doenças específicas como: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros? 生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいと認めたか	Sim はい Nao いいえ Sim はい Nao いいえ	
9 Alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Nao いいえ Sim はい Nao いいえ	
10 Alguma vez sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos (frango, ovo de galinha, etc.), com surgimento de urticárias ou mal estar? 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (Ovo, gelatina, etc. 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい Nao いいえ	
11 A criança tem hipersensibilidade ao latex? ラテックス過敏症ですか	Sim ある Nao ない	
12 Alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい Nao いいえ	
13 Alguém da família foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい Nao いいえ	
14 Alguém da família, alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい Nao いいえ	
15 Foi submetido(a) a transfusão de sangue ou aplicou a vacina Gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい Nao いいえ	
16 Como prevenção de contágio entre mãe e bebê, foi vacinada contra Hepatite B após o nascimento? 母子感染予防として出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか	Sim はい Nao いいえ	
17 Tem alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい Nao いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Após a consulta e compreensão da explicação médica sobre os objetivos, benefícios, possibilidade de efeitos colaterais graves e o sistema de auxílio por danos à saúde, etc.

【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することに】
(Consinto a vacinação 【同意します】 / Não autorizo a vacinação 【同意しません】)

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名 Nome da vacina	接種方法・量 Modo e quantidade aplicada	実施場所 Nome da instalação médica
組み換え沈降B型肝炎ワクチン Vacina contra Hepatite B	皮下接種 aplicação subcutânea	医師名 Nome do médico
Lot No 有効期限 data val :	0.25ml	接種年月日 Data da vacinação

(Atenção) Hipersensibilidade ao latex é a reação imediata de hipersensibilidade a objetos derivados de borracha natural. Suspeitada em casos de reação alérgica ao utilizar luvas de borracha. Comunique, caso haja suspeita de reação alérgica na utilização de luvas de borrachas, talvez a criança apresente sintoma alérgico há algumas frutas como banana, kiwi, abacate, melão, etc. (reação cruzada).
(Atenção) A Gammaglobina é um tipo de medicamento hemoderivado, aplicado com o objetivo de prevenção de contágio a Hepatite A e utilizado em tratamentos de infecções graves. Caso tenha aplicado esta vacina nos últimos 3 a 6 meses, há possibilidade de que vacina contra sarampo ou vacinas semelhantes percam um pouco do efeito.
(注) アダプトス製品は、スプレッドの製品に対する即時型の過敏症です。アダプトス製品の使用時にアレルギー反応がみられた場合には、また、アダプトスと交叉反応の発症がみられる場合があります。アダプトス製品と他の製品との組み合わせには相違なく、
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一つで、A型肝炎ウイルスの感染性予防目的や重症の感染性肝炎の治療目的にて注射されることとなります。この接種を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が一時的に阻害されることがあります。

【医療機関控え】 B型肝炎 1回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ) 【個別接種】

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
組み換え沈降B型肝炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No 有効期限	0.25ml	接種年月日

※Preencher os campos em negrito.太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見本	接種可能期間	
Nome(KATAKANA) フリガナ		整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Hepatite B [2ª dose])

B型肝炎予防接種予診票兼接種依頼書【2回目】※Medir na instituição médica.		Temperatura corporal antes da consulta	℃
Coluna de perguntas【質問事項】		Coluna das respostas【回答欄】	
1. Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか		Sim はい / Não いいえ	
2. Escreva a data que foi aplicada a 1ª dose da vacina Hepatite B B型肝炎1回目はいつ接種しましたか。 (ano 年 mês 月 dia 日) Quanto dias se passaram após a aplicação da 1ª dose? (É necessário o intervalo de mais de 27 dias) B型肝炎1回目から何日あいていますか。(27日以上の間隔がないとできません。) (dias 日)			
3. Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 ()kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳幼児健康診査で異常があるとわかったことがありますか		Sim あった / Não なかった Sim あった / Não なかった Sim ある / Não ない	
4. Como está a condição física da criança hoje? Aparenta estar mal ou doente? 今日体に具合の悪いところがありますか Se sim, especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()		Sim はい / Não いいえ	
5. Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気がかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)		Sim はい / Não いいえ	
6. Teve contato com alguma pessoa ou familiar com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 Nome da doença 病名 ()		Sim はい / Não いいえ	
7. Aplicou alguma vacina neste último mês? 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)		Sim はい / Não いいえ	
8. Desde o nascimento até hoje, precisou se consultar por motivo de doenças específicas como anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros? 生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか。 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと許可されましたか		Sim はい / Não いいえ Sim はい / Não いいえ	
9. Alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか		Sim はい / Não いいえ Sim はい / Não いいえ	
10. Alguma vez sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos(frango, ovo de galinha, etc.), com surgimento de urticárias ou mal estar? 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (Ovo, gelatina, etc. 卵、ゼラチン、その他)		Sim はい / Não いいえ	
11. A criança tem hipersensibilidade ao latex? ラテックス過敏症ですか		Sim ある / Não ない	
12. Alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 Nome da vacina 予防接種名 ()		Sim はい / Não いいえ	
13. Alguém da família foi diagnosticado com Imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		Sim はい / Não いいえ	
14. Alguém da família, alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種をうけて具合が悪くなったことはありませんか。 Nome da vacina 予防接種名 ()		Sim はい / Não いいえ	
15. Foi submetido(a) a transfusão de sangue ou aplicou a vacina Gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		Sim はい / Não いいえ	
16. Como prevenção de contágio entre mãe e bebê, foi vacinada contra Hepatite B após o nascimento? 母子感染予防として出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。		Sim はい / Não いいえ	
17. Tem alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか		Sim はい / Não いいえ	

医師記入欄
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・見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Após a consulta e compreensão da explicação médica sobre os objetivos, benefícios, possibilidade de efeitos colaterais graves e o sistema de auxílio por danos à saúde, etc
【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することに】
(Consinto a vacinação【同意します】) / Não autorizo a vacinação【同意しません】)
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名 Nome da vacina	接種方法・量 Modo e quantidade aplicada	実施場所 Nome da instalação médica
組み換え沈降B型肝炎ワクチン Vacina contra Hepatite B	皮下接種 aplicação subcutânea	医師名 Nome do médico
Lot No 有効期限 data val:	0.25ml	接種年月日 Data da vacinação

(Atenção) Hipersensibilidade ao latex é a reação imediata de hipersensibilidade a objetos derivados de borracha natural. Suspeitada em casos de reação alérgica ao utilizar luvas de borracha. Comunique, caso haja suspeita de reação alérgica na utilização de luvas de borrachas, talvez a criança apresente sintoma alérgico há algumas frutas como banana, kiwi, abacate, melão, etc. (reação cruzada)
(Atenção) A Gammaglobina é um tipo de medicamento hemoderivado, aplicado com o objetivo de prevenção de contágio a Hepatite A e utilizado em tratamentos de infecções graves. Caso tenha aplicado esta vacina nos últimos 3 a 6 meses, há possibilidade de que vacina contra sarampo ou vacinas semelhantes percam um pouco do efeito
※「ラテックス過敏症」は、天然ゴム製品に接触した際にアレルギー反応を引き起こす可能性があります。天然ゴム製品の使用時にアレルギー反応が疑われる場合は、医師に報告してください。また、ラテックスと交叉反応の食物(バナナ、キウイ、アボカド、メロン等)にアレルギーがある場合は、注意してください。
※「ガンマグロブリン」は、血漿製剤の一種で、A型肝炎などの感染防止の目的で接種することになります。この接種を3～6ヶ月以内に受けた方は、黄しんなどの予防接種の効果が一時的に低下することがあります。

【医療機関控え】		B型肝炎 2回目		□ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)		【個別接種】	
接種者	住所	氏名	生年月日	平成	年	月	日生
使用ワクチン名		接種方法・量		実施場所			
組み換え沈降B型肝炎ワクチン		皮下接種		医師名			
Lot No 有効期限		0.25ml		接種年月日			

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本		接種可能期間	
			整理番号	
Nome(KATAKANA) フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei ano mês dia 平成 年 月 日生
Nome do responsável 保護者の氏名				(満 歳 カ月)

B 型肝炎予防接種予診票兼接種依頼書【3 回目】 ※ Medir na instituição médica.

Temperatura corporal antes da consulta	°C
--	----

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna das respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Escreva a data que foi aplicada a 1ª dose da vacina Hepatite B (É necessário o intervalo de mais de 139 dias) B型肝炎1回目はいつ接種しましたか。(139日以上の間隔があいていないとできません。)(ano 年 mês 月 dia 日)			
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 ()kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があったとされたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Como está a condição física da criança hoje? Aparenta estar mal ou doente? 今日体に具合の悪いところがありますか Se sim, especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	見
6	Teve contato com alguma pessoa ou familiar com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina neste último mês? 1カ月以内に予防接種を受けましたか Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, precisou se consultar por motivo de doenças específicas como anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de Imunodeficiência ou outros? 生まれてから今までに特別な病気(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うけていますか。 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	本
9	Alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Alguma vez sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos(frango, ovo de galinha, etc.), com surgimento de urticárias ou mal estar? 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (Ovo, gelatina, etc. 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	A criança tem hipersensibilidade ao latex? ラテックス過敏症ですか	Sim ある	Não ない	
12	Alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
13	Alguém da família foi diagnosticado com Imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Alguém da família, alguma vez apresentou mal estar ou teve reação adversa após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種をうけて具合が悪くなったことはありますか。 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
15	Foi submetido(a) a transfusão de sangue ou aplicou a vacina Gamaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
16	Como prevenção de contágio entre mãe e bebê, foi vacinada contra Hepatite B após o nascimento? 母子感染予防として出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。	Sim はい	Não いいえ	
17	Tem alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

醫師記入欄

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・見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após a consulta e compreensão da explicação médica sobre os objetivos, benefícios, possibilidade de efeitos colaterais graves e o sistema de auxílio por danos à saúde, etc.

（医師の診察・説明を受け、予防接種の効果を目的、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することに）
 (Consinto a vacinação [同意します] / Não autorizo a vacinação [同意しません])
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名 Nome da vacina	接種方法・量 Modo e quantidade aplicada	実施場所 Nome da instalação médica	
組み換え沈降B型肝炎ワクチン Vacina contra Hepatite B	皮下接種 aplicação subcutânea	医師名 Nome do médico	
Lot No 有効期限 data val :	0.25ml	接種年月日 Data da vacinação	

(Atenção) Hiper sensibilidade ao látex é a reação imediata de hipersensibilidade à objetos derivados de borracha natural. Suspeitada em casos de reação alérgica ao utilizar luvas de borracha. Comunique caso haja suspeita de reação alérgica na utilização de luvas de borrachas, talvez a criança apresente sintomas alérgicos há algumas frutas como banana, kiwi, abacate, melão, etc. (reação cruzada).

(Atenção) A Gammaglobin é um tipo de medicamento hemoderivado, aplicado com o objetivo de prevenção de contágio a Hepatite A e utilizado em tratamentos de infecções graves. Caso tenha aplicado esta vacina nos últimos 3 a 6 meses, há possibilidade de que vacina contra sarampo ou vacinas semelhantes percam um pouco do efeito.

このワクチン接種後、アレルギー反応が観察された。天然ゴム由来の製品にアレルギー反応を示す場合がある。バナナ、キウイフルーツ、アボカド、メロン、マンゴーなどの果物や、ラテックスを含む食品等にもアレルギー反応が生じる可能性がある。また、天然ゴムの製品にアレルギー反応を示す場合、他の天然ゴム由来の製品にもアレルギー反応が生じる可能性がある。この点に注意して接種を受けるべきである。

Gammaglobulin は、ウイルス性肝炎 A の予防と重症感染症の治療に使用される血液由来の薬剤です。過去 3 か月以内に麻疹・風疹混合ワクチン（MM）または麻疹・風疹混合ワクチンとポリオワクチン（MRP）を接種した場合、MM や MRP の効果が低下する可能性があります。

【医療機関控へ】

B型肝炎 3回目

□ 接種實施

□ 接種見合わせ(予診のみ)

【個別接種】

被 援 種 者	住 所				
	氏 名		生年月日	平成	年 月 日生

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所	
組み換え沈降B型肝炎ワクチン	皮下接種	医師名	
Lot No 有効期限	0.25ml	接種年月日	

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間		
		整理番号		
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada, HIB
【básica 1ª fase 1ª dose】 (Município de Nishio)**

(5種混合1期初回1回目) ※ Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

°C

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	A criança, na data da aplicação, tem mais de 2 meses de idade? お子さんは接種日において生後2か月以上ですか (Esta ficha não pode ser utilizada por crianças com menos de 2 meses de idade) (2か月未満のお子さんは使用できません)	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	見 本
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察をうけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなったひとはいますか?	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所			接種 可能期間 整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	ano 年 mês 月 dia 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada, HIB
【básica 1ª fase 2ª dose】 (Município de Nishio)**

(5 種混合 1 期初回 2 回目) ※Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da consulta	°C
---	----

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Quando aplicou a 1ª dose da vacina? 5 種混合 1 回目はいつ接種しましたか	(ano/年 mês/月 dia/日)		
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があると指摘されたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1 カ月以内に予防接種を受けましたか】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を治してもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいと認めたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか】	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5 種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 □ 接種実施 □ 接種見合わせ（予診のみ）

被接種者	住所	生年月日	年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5 種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所			接種 可能期間	
			整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada, HIB
【básica 1ª fase 3ª dose】 (Município de Nishio)**

(5種混合1期初回3回目) ※Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Quando aplicou a 2ª dose da vacina? 5種混合2回目はいつ接種しましたか	(ano/年 mês/月 dia/日)		
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があったとされたことがありますか	Sim あった	Não なかった	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいとしましたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい	Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに（同意します・同意しません）
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予防接種表は、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、本予防接種表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No.	有効期限 0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No.	有効期限 0.5ml	接種年月日

※ Preencher os campos em negrito 太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	整理番号
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	ano mês dia 令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Município de Nishio)
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada, HIB【1ª fase Reforço】**

(5種混合1期追加) ※ Medir na instituição médica		Temperatura corporal antes da consulta	℃
Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】	
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ
2	Quando aplicou a 3ª dose da vacina? 5種混合3回目はいつ接種しましたか Há intervalo de quantos dias desde que aplicou a 3ª dose da vacina? 5種混合3回目から1年以上あいていますか	(ano/年 mês/月 dia/日) Sim はい	Não いいえ
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 ()g Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças, anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらって医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ Não いいえ
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや麻疹疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】	Sim はい	Não いいえ
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
5種混合ワクチン	皮下接種・筋肉内接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本		接種 可能期間	
			整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 meses meses (満 歳 ヵ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada
【quádrupla básica 1ª fase 1ª dose】 (Município de Nishio)**

(4種混合1期初回1回目) ※Medir na Instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

°C

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい Não いいえ	
2	A criança, na data da aplicação, tem mais de 3 meses de idade? お子さんは接種日において生後3か月以上ですか (Esta ficha não pode ser utilizada por crianças com menos de 3 meses de idade) (3か月未満のお子さんは使用できません)	Sim はい Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Não なかった Sim あった Não なかった Sim ある Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1か月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1か月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい Não いいえ Sim はい Não いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Não いいえ Sim はい Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなったひとはいませんか	Sim はい Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva,
(concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ（予診のみ）

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間	
		整理番号	
Nome em katakana フリガナ	Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名		Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 anos 歳 meses 月)
Nome do responsável 保護者の氏名			

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada
【quádrupla básica 1ª fase 2ª dose】 (Município de Nishio)**

(4種混合1期初回2回目) ※Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da consulta °C

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Quando aplicou a 1ª dose da vacina quádrupla? 4種混合1回目はいつ接種しましたか (ano/年 mês/月 dia/日) Há intervalo de quantos dias desde que aplicou a 1ª dose da vacina quádrupla? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 20 dias de intervalo) 4種混合1回目から何日あいていますか (20日以上の間隔があいてないと接種できません) (dias/日)			
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	見 本
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar o médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo・não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável/保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本		接種 可能期間	
			整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 年 月 日 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

**Questionário e formulário de solicitação de vacinação
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada
【quádrupla básica 1ª fase 3ª dose】 (Município de Nishio)**

(4種混合1期初回3回目) ※ Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

°C

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Quando aplicou a 2ª dose da vacina quádrupla? 4種混合2回目はいつ接種しましたか Há intervalo de quantos dias desde que aplicou a 2ª dose da vacina quádrupla? (Não poderá ser aplicada caso tenha menos de 20 dias de intervalo) 4種混合2回目から何日あいていますか (20日以上の間隔があいていないと接種できません)	(ano/年 mês/月 dia/日)	(dias/日)	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	見 本
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気 (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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに (同意します・同意しません) Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所		接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ		整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	Helsei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 meses （満 歳 ヵ月）

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Município de Nishio)
contra difteria, coqueluche, tétano e poliomielite inativada (Quádrupla) 【1ª fase Reforço】

(4 種混合 1 期追加) ※Medir na instituição médica	Temperatura corporal antes da consulta	℃
--	---	---

Coluna de perguntas 【質問事項】	Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄
1 Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい Nã いいえ	
2 Quando aplicou a 3ª dose da vacina quádrupla? 4種混合3回目はいつ接種しましたか (ano/年 mês/月 dia/日)	Sim はい Nã いいえ	
Há intervalo de quantos dias desde que aplicou a 3ª dose da vacina quádrupla? 4種混合3回目から1年以上あいていますか	Sim はい Nã いいえ	
3 Sobre o histórico de desenvolvimento da criança 貴方のお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があったと指摘されたことがありますか	Sim あった Nã なかった Sim あった Nã なかった Sim ある Nã ない	
4 Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい Nã いいえ	
5 Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい Nã いいえ	
6 Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい Nã いいえ	
7 Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい Nã いいえ	
8 Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいと認めましたか	Sim はい Nã いいえ Sim はい Nã いいえ	
9 Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Nã いいえ Sim はい Nã いいえ	
10 Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい Nã いいえ	
11 Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある Nã ない	
12 Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい Nã いいえ	
13 Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい Nã いいえ	
14 Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい Nã いいえ	
15 Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい Nã いいえ	

医師記入欄
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・見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

【医療機関控え】	☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)			
被接種者	住所	氏名	生年月日	平成 年 月 日生

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
4種混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本		接種 可能期間	
			整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra BCG (Município de Nishio)

BCG

※ Medir na instituição médica

Temperatura corporal
antes da consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Esta vacinação está dentro do período estipulado à direita no superior desta folha? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	見 本
7	Desde que nasceu, até a data de hoje, teve algum familiar ou pessoas nas proximidades que foram diagnosticadas com tuberculose? 生まれてから今までに家族などの身のまわりに結核にかかった方がいましたか	Sim はい	Não いいえ	
8	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês? Nome da vacina () (ano mês dia) 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 予防接種名	Sim はい	Não いいえ	
9	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その科の科で受けている医師が今日の予防接種を受けてよいと言いましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
11	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
12	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
13	Há alguém na família que foi diagnosticado com imunodeficiência congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Há alguém da família que apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
15	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
16	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo・não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに（同意します・同意しません）
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
経皮接種用乾燥 BCG ワクチン	経皮接種	医師名
Lot No. 有効期限	所定のスポイトで滴下	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】 BCG ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
経皮接種用乾燥 BCG ワクチン	経皮接種	医師名
Lot No. 有効期限	所定のスポイトで滴下	接種年月日

※Preencher os campos em negrito 太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間	
		整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日
Nome do responsável 保護者の氏名			Heisei 平成
			ano 年
			mês 月
			dia 日
			生
			(満 歳
			カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Município de Nishio)
contra sarampo e rubéola (MR) 【vacina básica 1ª fase】
(Alvo: de 1 ano até um dia antes de completar 2 anos) 麻疹風しん (MR) 予防接種 1期

※ Medir na instituição médica		Temperatura corporal antes da consulta	℃
Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ
2	Esta vacinação está dentro do período estipulado à direita no superior desta folha? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Sim はい	Não いいえ
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () g Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった	Não なかった
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de Imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといいましたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 () ano/年 mês/月 dia/日 Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい	Não いいえ
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなったひとはいますか	Sim はい	Não いいえ
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ
15	Já contraiu sarampo ou rubéola? 麻疹、風しんにかかったことがありますか Em que época? いつかかりましたか Por volta de () anos.	Sim はい	Não いいえ
16	Alguma vez aplicou a vacina contra sarampo, rubéola ou MMR (tetraivalente contra sarampo, caxumba e rubéola)? 麻疹、風しん又は、MMR（麻疹・おたふくかぜ・風しん混合）の予防接種を受けたことがありますか Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ
17	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ

医師記入欄
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・見合わせる)
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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日
	0.5ml	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 MR 1期 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成	年	月	日生
	氏名					

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日
	0.5ml	

※Preencher os campos em negrito 太枠内の空欄を記入してください

ポルトガル語版【個別接種】

Endereço 住所			接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 anos 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Município de Nishio)
Varicela(Catapora) 【1ª dose】

水痘 1 回目		※ Medir na instituição médica	Temperatura corporal antes da consulta	℃	
Coluna de perguntas 【質問事項】			Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄	
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか		Sim はい	Não いいえ	
2	Esta vacinação está dentro do período estipulado à direita no superior desta folha? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか		Sim はい	Não いいえ	
3	Já foi contagiado pelo vírus da catapora? (Não é possível aplicar a vacina em pessoas que já foram contagiadas) 水痘（水ぼうそう）にかかったことがありますか（かかったことがある方は接種できません）		Sim はい	Não いいえ	
4	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重（ ）kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		Sim あった	Não なかった	
5	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください（ ）		Sim はい	Não いいえ	
6	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名（ ）Quando sarou? いつ治りましたか（ mês/月 dia/日）		Sim はい	Não いいえ	
7	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名（ ）		Sim はい	Não いいえ	
8	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名（ ）（ mês/月 dia/日）		Sim はい	Não いいえ	
9	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de Imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名（ ） O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けよといわれましたか		Sim はい	Não いいえ	
10	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終（ ano/年 mês/月 dia/日） Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか		Sim はい	Não いいえ	
11	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや尋麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類（ ）Alimentos 食品（ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他 ）		Sim はい	Não いいえ	
12	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名（ ）		Sim ある	Não ない	
13	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		Sim はい	Não いいえ	
14	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいいますか		Sim はい	Não いいえ	
15	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		Sim はい	Não いいえ	
16	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか		Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）
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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo・ não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】 水痘 1回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥性弱毒水痘ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日

Endereço 住所	見 本	Sexo 性別	接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ			整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 (満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (Município de Nishio)

Varicela(Catapora)【2ª dose】

水痘 2 回目		※ Medir na instituição médica	Temperatura corporal antes da consulta	℃
Coluna de perguntas 【質問事項】			Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	Já foi contagiado pelo vírus da catapora? (Não é possível aplicar a vacina em pessoas que já foram contagiadas) 水痘（水ぼうそう）にかかったことがありますか（かかったことがある方は接種できません）	Sim はい	Não いいえ	
3	Quando aplicou a 1ª dose da vacina contra catapora? 水痘 1 回目はいつ接種しましたか (ano/年 mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
4	Há mais de 6 meses de intervalo desde a 1ª dose da vacina contra catapora? 水痘 1 回目から 6 か月以上あいてますか	Sim はい	Não いいえ	
5	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança: 1. 出生体重 () g 2. Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか	Sim あった	Não なかった	
6	Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか	Sim あった	Não なかった	
7	Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim ある	Não ない	
8	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか	Sim はい	Não いいえ	
9	Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
10	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか	Sim はい	Não いいえ	
11	Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
12	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1 か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】	Sim はい	Não いいえ	
13	Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
14	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1 か月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
15	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de Imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】	Sim はい	Não いいえ	
16	Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
17	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいとしましたか	Sim はい	Não いいえ	
18	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】	Sim はい	Não いいえ	
19	Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
20	Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい	Não いいえ	
21	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】	Sim はい	Não いいえ	
22	Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
23	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】	Sim ある	Não ない	
24	Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ	
25	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
26	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
27	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
28	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	
医師記入欄 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・見合わせる） 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、説明をした。 医師署名				
Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina. 【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、接種することに（同意します・同意しません） Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município. 【この予防接種表は、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、本予防接種表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署				

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生水痘ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 水痘 2 回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ (F 診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥性弱毒水痘ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日

Endereço 住所	見 本	Sexo 性別	接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ		Telephone 電話番号	整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 ano 年 mês 月 dia 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra encefalite japonesa
[vacina básica 1ª fase 1ª dose] (Município de Nishio)
日本脳炎予防接種 1 期初回 1 回目

※ Medir na instituição médica		Temperatura corporal antes da consulta	°C
Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	見 本
2	Esta vacinação está dentro do período estipulado à direita no superior desta folha? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança: あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	Sim あった Nã <i>o</i> なかった Sim あった Nã <i>o</i> なかった Sim ある Nã <i>o</i> ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病氣（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病氣）にかかり医師の診察をうけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病氣を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある Nã <i>o</i> ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい Nã <i>o</i> いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo / não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに（同意します・同意しません）
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予防接種表は、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、本予防接種表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】 日本脳炎 1 期初回 1 回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	Sexo 性別	接種 可能期間	
Nome em katakana フリガナ			整理番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 (満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (município de Nishio)

contra encefalite japonesa [vacina básica 1ª fase 2ª dose]

日本脳炎予防接種 1 期初回 2 回目

※ Medir na instituição médica		Temperatura corporal antes da consulta	℃
Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】	医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ
2	Quando aplicou a 1ª dose da vacina contra encefalite japonesa? 日本脳炎 1 回目はいつ接種しましたか (ano/年 mês/月 dia/日) Há intervalo de quantos dias desde que aplicou a 1ª dose da vacina contra encefalite japonesa? 日本脳炎 1 回目から何日あいていますか (dias/日)		
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 ()g Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近 1 カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1 カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1 カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといっていましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ
10	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6 カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ
医師記入欄 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・見合わせる) 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、説明をした。 医師署名			
Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo・ não concordo) com a aplicação da vacina. 【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、接種することに（同意します・同意しません） Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município. 【この予防表は、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、本予防表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署			

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日
(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。		
【医療機関控え】 日本脳炎 1 期初回 2 回目 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)		
被接種者	住所	氏名
		生年月日
		平成 年 月 日生
使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	接種 可能期間		
		整理番号		
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 年 月 日生 (満 歳 カ月)
Nome do responsável 保護者の氏名				

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra encefalite japonesa
【1ª fase reforço】(Município de Nishio)
 日本脳炎予防接種 1期追加

※ Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

°C

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	
2	Quando aplicou a 2ª dose da vacina contra encefalite japonesa? 日本脳炎2回目はいつ接種しましたか (ano/年 mês/月 dia/日)			
3	Há intervalo mínimo de 1 ano com a 2ª dose da encefalite japonesa? 日本脳炎2回目から1年以上あいていますか	Sim はい	Não いいえ	
4	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
5	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
6	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
7	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	見 本
8	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
9	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
11	Em alguma vez, sofreu de alergia à medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
12	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
13	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
15	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
16	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる)

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo - não concordo) com a aplicação da vacina.
 【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、接種することに（同意します・同意しません）
 Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
 【この予防接種は、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、本予防接種が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável/保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【医療機関控え】 日本脳炎 1期追加 □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成 年 月 日生
	氏名		

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Endereço 住所	見 本	接 種 可 能 期 間	
		整 理 番 号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	
Nome do paciente 受ける人の氏名		Telefone 電話番号	
Nome do responsável 保護者の氏名		Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成 (満 歳 カ月)

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (município de Nishio) contra sarampo e rubéola (MR) 【vacina básica 2ª fase】

(Alvo: idade equivalente ao último ano de creche) 麻疹風しん (MR) 予防接種 2期

※Medir na instituição médica		Temperatura corporal antes da consulta	℃
Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】	
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ
2	Esta vacinação está dentro do período estipulado à direita no superior desta folha? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Sim はい	Não いいえ
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança: あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso de quando nasceu 出生体重 () kg Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるとされたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () () mês/月 dia/日	Sim はい	Não いいえ
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de Imunodeficiência ou outros, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 () O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいとされましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ
9	Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 () ano/年 mês/月 dia/日 Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありませんか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなったひとはいますか	Sim はい	Não いいえ
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobulina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ
15	Já contraiu sarampo ou rubéola? 麻疹、風しんにかかったことがありますか Em que época? いつかかりましたか Por volta de () anos.	Sim はい	Não いいえ
16	Alguma vez aplicou a vacina contra sarampo, rubéola ou MMR (tetraivalente contra sarampo, caxumba e rubéola)? 麻疹、風しん又は、MMR（麻疹・おたふくかぜ・風しん混合）の予防接種を受けたことがありますか Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim はい	Não いいえ
17	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo / não concordo) com a aplicação da vacina.

【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、接種することに（同意します・同意しません）

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.

【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 MR 2期 ☐ 接種実施 ☐ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住所	生年月日	平成	年	月	日生
	氏名					

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥弱毒生麻疹風しん混合ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No.	有効期限	接種年月日

Endereço 住所	見 本		接種 可能期間	
			整理番号	
Nome em katakana フリガナ		Sexo 性別	Telefone 電話番号	
Nome do paciente 受ける人の氏名			Data de nascimento 生年月日	Heisei 平成
Nome do responsável 保護者の氏名				ano 年
				dia 日
				日生 meses （満 歳 カ月）

Questionário e formulário de solicitação de vacinação contra encefalite japonesa

【2ª fase】(Município de Nishio) <

Alvo: acima de 9 anos de idade no dia da aplicação>

日本脳炎予防接種 2期 <対象者：接種日において9歳以上>

※Medir na instituição médica

Temperatura corporal antes da
consulta

℃

Coluna de perguntas 【質問事項】		Coluna de respostas 【回答欄】		医師記入欄
1	Leu a folha explicativa sobre a vacina enviada pelo município? 今日受ける予防接種について市から郵送されている説明書を読みましたか	Sim はい	Não いいえ	見 本
2	Esta vacinação está dentro do período estipulado à direita no superior desta folha? 今回の接種は、予診票右上の接種可能期間内ですか	Sim はい	Não いいえ	
3	Sobre o histórico de desenvolvimento da criança: Sob o peso de quando nasceu 出生体重 () Teve anormalidade durante o parto? 分娩時に異常がありましたか Teve alguma anormalidade pós-nascimento? 出生後に異常がありましたか Em algum exame de saúde periódico infantil foi constatado alguma anormalidade? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim あった Sim あった Sim ある	Não なかった Não なかった Não ない	
4	Está sentindo alguma anormalidade em sua saúde? 今日体に具合の悪いところがありますか Especificar os sintomas 具合の悪い症状を書いてください ()	Sim はい	Não いいえ	
5	Sofreu alguma doença neste último mês? 最近1カ月以内に病気にかかりましたか Nome da doença 病名 () Quando sarou? いつ治りましたか (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
6	Teve contato com pessoas ou familiares com sarampo, rubéola, catapora, caxumba ou doenças semelhantes neste último mês? 【1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
7	Aplicou alguma vacina dentro de 1 mês passado? 【1カ月以内に予防接種を受けましたか。】 Nome da vacina 予防接種名 () (mês/月 dia/日)	Sim はい	Não いいえ	
8	Desde o nascimento até hoje, alguma vez foi diagnosticado com doenças: anomalia congênita, cardíaca, renal, hepática, cerebral, Síndrome de imunodeficiência ou outras, que necessitou de tratamento médico? 【生まれてから今までに特別な病気（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うけていますか。】 Nome da doença 病名 ()	Sim はい	Não いいえ	
9	O médico que trata esta doença autorizou a vacina de hoje? その病気を診てもらっている医師が今日の予防接種を受けてよいといわれましたか Em alguma vez, apresentou espasmos (convulsões)? 【今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。】 Última vez que ocorreu 最終 (ano/年 mês/月 dia/日) Teve febre nesta ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim はい Sim はい	Não いいえ Não いいえ	
10	Em alguma vez, sofreu de alergia a medicamentos ou alimentos, com surgimento de urticárias ou mal-estar? 【薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。】 Tipo de medicamento 薬の種類 () Alimentos 食品 (ovo, gelatina, etc 卵、ゼラチン、その他)	Sim はい	Não いいえ	
11	Já apresentou reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 【これまでに予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。】 Nome da vacina 予防接種名 ()	Sim ある	Não ない	
12	Há alguém na família que foi diagnosticado com Imunodeficiência Congênita? 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim はい	Não いいえ	
13	Há alguém da família apresentou alguma reação adversa ou mal-estar após a aplicação de alguma vacina? 家族に予防接種の際に具合が悪くなった人はいますか	Sim はい	Não いいえ	
14	Foi submetido a transfusão de sangue ou aplicou a vacina gammaglobina nestes últimos 6 meses? 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	Sim はい	Não いいえ	
15	Há alguma pergunta relacionada à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim はい	Não いいえ	

医師記入欄

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・見合わせる）

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、説明をした。 医師署名

Após consultar ao médico, receber as explicações e compreender os efeitos, objetivo, sobre as prováveis reações adversas e sobre o Sistema de assistência a pessoas com a saúde debilitada em função da vacina preventiva, (concordo • não concordo) com a aplicação da vacina.
【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、接種することに（同意します・同意しません）
Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação. Compreendo este fato e consinto a entrega deste formulário ao município.
【この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。】 Assinatura do responsável 保護者自署

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【医療機関控え】 日本脳炎 2期 □ 接種実施 □ 接種見合わせ(予診のみ)

被接種者	住 所		生年月日	平成 年 月 日生
	氏 名			

使用ワクチン名	接種方法・量	実施場所
乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	皮下接種	医師名
Lot No. 有効期限	0.5ml	接種年月日

Questionário e formulário de solicitação de vacinação (município de Nishio)
Difteria e Tétano (DT) 2ª fase <Público alvo: idade equivalente ao 6º ano do Shogakko>

Temperatura corporal
antes da consulta

°C

使用ワクチン名		接種方法・量	実施場所	
沈降7ジフテリア破傷風 混合トキソイド		皮下接種	医師名	
Lot No.	有効 期限	0.1ml	接種年月日	