

(クーポン貼付)

endereço (registro do na prefeitura)	província		cidade bairro/ vila	(クーポン貼付)	
Nome		M	F		
data de nascimento	ano	mês	dia (anos)	temperatura antes da consulta	graus

Questionário	resposta		comentário do médico
0 endereço onde mora atualmente é o mesmo do cupom recebido?	sim	não	
Leu as explicações da vacina de hoje?	sim	não	
Entendeu sobre os resultados e efeitos colaterais que a vacina causa?	sim	não	
Atualmente está doente? (nome da doença : _____)	sim	não	
Está recebendo tratamento (medicação)? (conteúdo do tratamento : _____)	sim	não	
O médico que está fazendo o tratamento deu permissão para realizar a vacina ?	sim	não	
Já recebeu diagnóstico de imunodeficiência?	sim	não	
Está se sentindo mal hoje? Descreva os sintomas (_____)	sim	não	
Já teve alergia de alimentos ou remédio?	sim	não	
Já passou mal por causa de alguma vacina? sintomas (_____) nome da vacina (_____)	sim	não	
Já teve convulsão?	sim	não	
Dentro de 1 mês recebeu alguma vacina? Nome da vacina (_____)	sim	não	
Já teve doenças crônicas tais como doença cardíaca, renais, do fígado ou doença de sangue? Nome da doença (_____)	sim	não	
O médico que está fazendo o tratamento deu permissão para realizar a vacina ?	sim	não	
Dentro de 1 mês teve febre por causa de alguma doença? Nome da doença (_____)	sim	não	
Tem alguma dúvida sobre a vacina de hoje?	sim	não	

preenchiemnto édico	Realizei o exame de anticorpos para determinar se estou apto à vacinação (sim - não)
	Conforme o resultado acima eu aceito realizar a vacina. (sim - não)
	Expliquei ao paciente sobre a vacina (seus benefícios e efeitos colaterias)
	ass. do médico

Pedido para realização da vacina da quinta temporada de rubéola (preencher após receber a autorização do médico)

Após realizar a consulta e ouvir a explicação do médico (benefícios e efeitos colaterais) desejo realizar a vacina

(sim - não)

Este formulário foi elaborado para garantir a segurança da vacina.

Estou ciente que este formulário será enviado ao município, à Associação central nacional do seguro de saúde e à Associação nacional do seguro de saúde.

_____ ano _____ mês _____ dia ass _____

(※E Quando não for possível assinar, pedimos a assinatura do responsável)

P n r t e e M c h d i i m c o	No. do lote da vacina	quantidade	local • instituição médica • data da realização				
	Nome da vacina	0. 5 m l	Local	医療機関等コード			
	Lot No.		Médico				
	(cuidado) verificar o vencimento		data de vacinação	ano	mês	dia	
			(西暦)				