

Questionário Médico para vacinação contra Herpes-Zoster de Chiryu 1ª dose

Endereço
Nome

Número	
Data de nascimento	
Nº de telefone	
Temperatura corporal	, °C

Questionário		Resposta		医師記入欄
1	Já tomou a vacina preventiva contra herpes-zoster até hoje? No caso de "Sim", não pode usar esta ficha.	Não	Sim	
2	Já leu a explicação e entendeu sobre a eficácia e a reação adversa da vacinação preventiva contra herpes-zoster de hoje?	Sim	Não	
3	Está se sentindo mal hoje? ○Descreva os sintomas detalhadamente()	Não	Sim	
4	Atualmente tem alguma doença? ○ Nome da doença ()	Não	Sim	
5	Está recebendo tratamentos (medicamentos)? ○Nome do remédio, tipo ()	Não	Sim	
	○ médico responsável dessa doença permitiu a vacinação preventiva de hoje?	Sim	Não	
6	Já consultou um médico por uma doença crônica tais como doença cardíaca, renal, hepática ou sanguínea? ○Nome da doença ()	Não	Sim	
	○ médico responsável dessa doença permitiu a vacinação preventiva de hoje?	Sim	Não	
7	Dentro de 1 mês teve febre ou ficou doente? ○Nome da doença ()	Não	Sim	
8	Dentro de 1 mês realizou alguma vacina preventiva? (Nome da vacina:)	Não	Sim	
9	Teve erupção cutânea, urticária ou passou mal por causa de medicamento ou alimento?	Não	Sim	
10	Já teve convulsões (espasmos)?	Não	Sim	
11	Já passou mal por causa de vacinação preventiva? ○Tipo da vacina ()	Não	Sim	
12	Foi diagnosticado com insuficiência imunológica?	Não	Sim	
13	Recebeu transfusão sanguínea ou administração de gamaglobulina em 6 meses recentes? São usadas com objetivos tal como prevenção de infecções ou tratamento de infecções graves, e pessoas que as receberam em 3 a 6 meses recentes podem não ter efeitos suficientes da vacinação preventiva.	Não	Sim	
14	Atualmente está recebendo a administração de medicamento especial tal como agentes esteróides ou imunossuppressores? Pessoas com imunodeficiência ou imunossuprimidas por tratamento medicamentoso não podem tomar a vacina viva.	Não	Sim	
15	Tem pergunta sobre a vacinação preventiva de hoje?	Não	Sim	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の診察は <input type="checkbox"/> 実施できる <input type="checkbox"/> 見合わせた方がよい と判断します。
Opinião do médico	Como o resultado do exame preliminar, considero que a vacinação de hoje <input type="checkbox"/> é possível <input type="checkbox"/> é melhor adiar . 医師署名又は記名押印 ()

Termo de aceitação da vacinação da 1ª dose da vacina contra herpes-zoster (Preencha após a permissão da vacinação pelo médico)

Você deseja a vacinação, depois de ter recebido o exame e a explicação por médico e de ter entendido a eficácia e o objetivo da vacinação e a possibilidade de reações adversas graves?

Este formulário de exame preliminar tem como objetivo garantir a segurança da vacinação preventiva.

Com esse entendimento, consinto que este exame médico preliminar seja enviado ao município.

Desejo a vacinação Não desejo a vacinação

Reiwa ano mês dia

※Assinatura ()

(Preencher sem falta) (Nome do representante relação)

(※Se não puder assinar, um representante assina e marcar o nome do representante e a relação com a pessoa que se vacina.)

ワクチンロット番号	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	<input type="checkbox"/> シングリックス 筋肉内注射	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒性水痘 ワクチン「ピケン」 皮下注射	0.5ml	実施場所
Lot No.				医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認				接種日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

Recortar

带状疱疹【定期】予防接種済証 Certificado de vacinação [de rotina] contra herpes-zoster ※欄記入のないものは無効 Se tiver item de ※ não preenchido, é inválido

Endereço
Nome
Data de Nascimento

接種年月日	※
実施医療機関名	※
医師名	※
Lot No.	※

知立市長

