

Preencher somente o quadrado em negrito do formulário original tendo como modelo a tradução

Questionário preliminar e cupom da vacina preventiva contra Coronavírus

8年度 コロナウイルス予防接種予診票兼接種券 ポルトガル語版

Endereço Nome da pessoa que irá aplicar a vacina	número	
	Data de nascimento	
	Nº telefone	
	Temperatura corporal (antes do exame médico)	° 度. 分

Responda o questionário abaixo circulando as resposta com [Sim ou Não]. Preenche-lo à caneta.	Resposta		Anotação médica
	Sim	Não	
1. Já completou 65 anos ?	Sim	Não	
2. Leu o informativo enviado pela cidade sobre a vacina preventiva do Coronavírus que irá aplicar hoje?	Sim	Não	
3. Compreendeu sobre os resultados e os efeitos colaterais da vacina preventiva que irá aplicar hoje?	Sim	Não	
4. No momento, está doente? nome da doença ()	Sim	Não	
Está em tratamento médico ou tomando remédios?	Sim	Não	
O médico responsável que está acompanhando a doença autorizou a aplicação da vacina de hoje?	Sim	Não	
5. Está se sentindo mal hoje ? escreva os sintomas ()	Sim	Não	
6. Tem alergia (erupções cutânea ou urticária)ou já passou mal com remédios ou alimentos ?	Sim	Não	
7. Já aplicou a vacina preventiva contra Coronavírus ?	Sim	Não	
① Quando aplicou a vacina , chegou a passar mal após a aplicação ?	Sim	Não	
② Excluindo a vacina contra Coronavírus , já passou mal após aplicar alguma vacina preventiva ?	Sim	Não	
8. Já teve convulsão?	Sim	Não	
9. Aplicou alguma vacina preventiva nos últimos 30 dias?	Sim	Não	
nome da vacina () data de vacinação ()			
10. Já teve doenças cardíacas, renais, hepáticas, sanguíneas ou outras doenças anteriormente?	Sim	Não	
Nome da doença ()			
O médico responsável que está acompanhando a doença, ele autorizou a aplicação da vacina de hoje?	Sim	Não	
11. No últimos 30 dias, teve febre ou estava doente?	Sim	Não	
Nome da doença ()			
12. Tem alguma pergunta ou dúvida sobre a vacina de hoje?	Sim	Não	

Espaço preenchido pelo médico

Com a avaliação ao questionário acima e o resultado do exame médico, a vacina de hoje: [☐ será aplicada • ☐ será adiada]

Foi explicado para o próprio dos efeitos e das reações colaterais da vacina preventiva e também sobre o sistema de assistência dos danos à saúde providos da vacina preventiva.

Assinatura do médico responsável.....

Vacina aplicada	Nome da instituição médica	
Loto N° Direita : Esquerda (Vacina subcutânea) ml	Nome do médico	
	Data da vacinação	Reiwa...../ano...../mês...../dia

Validade : 1/10/2026 ~ 28/2/2027

Autorização para aplicar a vacina (preencher somente após ter o resultado do exame médico e diagnosticado que poderá aplicar a vacina)

Após ser examinado e sendo ciente dos efeitos benéficos e colaterais em minha saúde eu :

[**aceito** • **não aceito**] a aplicação da vacina preventiva.

Este questionário preliminar, tem como objetivo manter a segurança da vacinação.

Estando ciente, autorizo a apresentação deste formulário à prefeitura local.

Data: Reiwa /ano /mês /dia

*** Assinatura:**

(preencher sem falta!!)

(Quando a pessoa alva da vacina não conseguir assinar, o responsável deverá preencher o nome da pessoa alva da vacina, e assinar no espaço reservado para o responsável ,descreva a relação de parentesco que tem com a pessoa alva da vacina.)

Recortar na linha pontilhada

Comprovante de vacinação da vacina preventiva contra a influenza

✖ Documento sem preenchimento é inválido.

Endereço	Data da vacinação	
	Nome da instituição médica	
Nome	Nome do médico	
Data nasc.	Loto N°	

Prefeito Municipal de Chiryu