

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

Questionário preliminar e cupom da vacina preventiva contra Coronavírus

7年度 コロナウイルス予防接種予診票兼接種券記入例 - ポルトガル語版

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

Responda o questionário abaixo circulando as resposta com [Sim ou Não]. Preenche-lo à caneta.	Resposta		Anota ção médica	U T I L I Z A R A P Ó S C O M P L E T A R 65 A N O S.
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? nome da vacina () data de vacinação ()	Sim	Não		
10. Já teve doenças cardíacas, renais, hepáticas, sanguíneas ou outras doenças anteriormente? Nome da doença ()	Sim	Não		
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? Nome da doença ()	Sim	Não		
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 Nº	Nome do médico	
.....Direita ; Esquerda (Vacina subcutânea) ml	Data da vacinação	Reiwa...../ano...../mês...../dia

Validade : 1/10/2025 ~ 28/2/2026

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 Nº	

Prefeito Municipal de Chiryu