

Ficha de Vacinação com Questionário Médico [de rotina] contra Herpes-Zoster de Chiryu 1ª dose

Endereço	Número	
	Data de nascimento	
	Nº de telefone	
Nome	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	
	O 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	
	O médico responsável dessa doença permitiu a vacinação preventiva de hoje?	Sim	Não	
7	Saiu febre ou teve doença neste 1 mês? ○Nome da doença ()	Não	Sim	
8	Tomou vacina preventiva neste 1 mês? (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 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 esteroidais 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 Opinião do médico	以上の問診及び診察の結果、今日の診察は ☐実施できる ☐見合わせた方がよい と判断します。 Como o resultado do exame preliminar, considero que a vacinação de hoje ☐é possível ☐é melhor adiar . 医師署名又は記名押印 ()
-------------------------------	---

Desejo de vacinação da 1ª dose da vacina contra herpes-zoster [de rotina] (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.

☐ Desejo a vacinação ☐ Não desejo a vacinação

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

Reiwa ano mês dia

※Assinatura da pessoa que não toma a vacina ()

(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	☐	☐	0.5ml	実施場所	
Lot No.	シングリックス	乾燥弱毒性水痘 ワクチン「ビケン」		医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射	皮下注射		接種日 令和 年 月 日 日	

Recortar

帯状疱疹【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			

知立市長 石川 智子



接種年月日	※	
実施医療機関名	※	
医師名	※	
Lot No.	※	

知立市長 石川 智子