

Ficha de Vacinação com Questionário Médico [de rotina] contra Herpes-Zoster de Chiryu 2ª dose

Endereço

Nome

Número

Data de nascimento

Nº de telefone

Temperatura corporal

, °C

Questionário		Resposta		医師記入欄
1	Já tomou a 1ª dose da vacina preventiva contra herpes-zoster (vacina recombinante "Shingrix")? Caso seja "Não", não pode usar este formulário de exame preliminar.	Sim	Não	
2	Marque a data da última vacinação.	dia() mês() ano()A.D.		
	Escolha o tipo da vacina e circule o número da opção com ○. 1. Vacina recombinante "Shingrix" 2. Vacina viva "Biken" 3. Outra	1 2 3		
3	Já leu a explicação e entendeu sobre a eficácia e a reação adversa da vacinação preventiva contra herpes-zoster de hoje?	Sim	Não	
4	Está se sentindo mal hoje? ○Descreva os sintomas detalhadamente()	Não	Sim	
5	Atualmente tem alguma doença? ○Nome da doença ()	Não	Sim	
6	Está recebendo tratamentos (medicamentos)? ○Nome do remédio, tipo ()	Não	Sim	
	O médico responsável dessa doença permitiu a vacinação preventiva de hoje?	Sim	Não	
7	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	
8	Saiu febre ou teve doença neste 1 mês? ○Nome da doença ()	Não	Sim	
9	Tomou vacina preventiva neste 1 mês? ○Tipo da vacina ()	Não	Sim	
10	Teve erupção cutânea, eczema ou passou mal por causa de medicamento ou alimento?	Não	Sim	
11	Já teve convulsões (espasmos)?	Não	Sim	
12	Já passou mal por vacinação preventiva? (Tipo da vacina :)	Não	Sim	
13	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 ☐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 2ª dose 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.

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 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 Lot No.	☐ シングリックス 筋肉内注射	0.5ml	実施場所 医師名 接種日 令和□□年□□月□□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

住所

氏名

生年月日

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.

※
※
※
※