

Formulário de exame médico preliminar para a vacina contra coronavírus

ポルトガル語

*Por favor, preencha ou marque os campos dentro do espaço destacado

注意

本予診票を用いて請求を行うことはできません。

日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。

Endereço do cartão de permanência	Província	Cidade	
	Endereço		
Furigana		Tel.	()
Nome			
Data de nascimento	ano	mês	dia (anos)
		<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Temperatura corporal antes do exame
			graus

Pergunta	Campo de resposta	Campo preenchido pelo médico
Você está recebendo a vacina contra o coronavírus pela primeira vez? (Se você foi vacinado antes - data da 1ª vez: mês/ dia, data da 2ª vez: mês/ dia)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
O município, a cidade ou vila onde você reside atualmente é a mesma indicada no cupom?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você leu as "Instruções para a vacina contra o coronavírus" e entendeu quais são os efeitos e efeitos colaterais adversos?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você se enquadra em um dos grupos-alvo com maior prioridade para esta vacina? <input type="checkbox"/> Pessoal médico, etc. <input type="checkbox"/> Pessoa com 65 anos ou mais <input type="checkbox"/> Pessoa entre 60 e 64 anos <input type="checkbox"/> Trabalhador em uma instituição para idosos, etc. <input type="checkbox"/> Pessoa com doença subjacente (nome da doença:)	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Atualmente você sofre algum tipo de doença e está recebendo tratamento ou medicação? Nome da doença: <input type="checkbox"/> doença cardíaca <input type="checkbox"/> doença renal <input type="checkbox"/> doença hepática <input type="checkbox"/> doença sanguínea <input type="checkbox"/> doença que torna difícil parar o sangramento <input type="checkbox"/> deficiência imunológica <input type="checkbox"/> outra () Natureza do tratamento: <input type="checkbox"/> medicamento para afinamento do sangue () <input type="checkbox"/> outro ()	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
O médico que está tratando da doença disse que você pode tomar a vacina hoje?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você teve febre ou ficou doente no último mês? Nome da doença ()	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Há alguma parte do seu corpo que não sente que está bem hoje? Condição ()	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você já teve uma convulsão (ataque repentino)?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você já teve sintomas alérgicos graves (como anafilaxia) devido a medicamentos ou alimentos? Qual é o medicamento ou alimento que causou o problema? ()	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você já ficou doente depois de receber uma vacina? Tipo da vacina () Condição ()	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Existe alguma possibilidade de você estar grávida (por exemplo, sua menstruação está mais atrasada do que o esperado)? Ou você está amamentando?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você tomou alguma vacina nas últimas duas semanas? Tipo de vacina () Data da vacinação ()	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Você tem alguma pergunta sobre a vacina?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

Campo preenchido pelo médico	Baseado nos resultados das perguntas acima e do exame, a vacinação hoje é (<input type="checkbox"/> possível, <input type="checkbox"/> impossível). Expliquei ao paciente sobre os efeitos da vacina, os efeitos colaterais e o Sistema de Auxílio por Danos à Saúde devido à Vacinação.	Assinatura e carimbo do médico
	<input type="checkbox"/> A pessoa a ser vacinada tem menos de 6 anos (preencha caso se enquadre)	

Formulário de Solicitação de Vacinação contra o Coronavírus

Após receber o exame médico, a explicação de um médico e de entender sobre os efeitos ou os efeitos colaterais, você deseja receber a vacina?
(Desejo ser vacinado/ Não desejo ser vacinado)

O objetivo deste formulário de exame médico preliminar é garantir a segurança da vacina.

Compreendo isso e consinto que este formulário de exame médico preliminar seja enviado ao governo municipal, a Federação das Organizações Nacionais de Seguros de Saúde de todo o Japão e a Organização Nacional de Seguro de Saúde.

Assinatura da pessoa vacinada ou seu responsável
Data: _____
(*Se a pessoa a ser vacinada não puder assinar o formulário sozinha, um representante deve assinar o formulário e seu nome e relação devem ser indicados.)
(*No caso de um menor de 16 anos, o formulário deve ser assinado pelo seu responsável; no caso de um tutor adulto, o formulário deve ser assinado pela própria pessoa ou pelo guardião adulto.)

Campo preenchido pelo médico	Nome da vacina e número do lote	Quantidade de inoculação	Local de vacinação, nome do médico e data da vacinação	*Por favor, preencha o código da instituição médica e a data de vacinação para que caibam neste campo.
	Posição do selo		Local de vacinação	Código da instituição médica
	*Cole <u>reto</u> junto ao quadro. (Observação: certifique-se de que a data de validade não expirou.)	ml	Nome do médico	Data de vacinação