

FORMA DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE VACINAÇÃO

ポルトガル語版

O cupom não deve ser colado pela própria pessoa

Escreva o endereço da cidade onde está registrado

FORMULÁRIO DE VACINAÇÃO DO "NOVO CORONAVÍRUS"

※ Preencha as lacunas dentro do quadro em negrito ou assinale com o questionário

Endereço que consta no Atestado de residência	Gunma	Provincia	Oura-gun Oizumi	Cidade							
	Hinode 55-1										
Eurigana	オオイズミ サチコ		Telefone	(0276) 63-3111							
	Satiko Oizumi										
3 3	Ano	0 1	Mês	0 1	Dia	8 8	Anos completos	<input type="checkbox"/> M · <input checked="" type="checkbox"/> F	Temperatura Corporal		°C

※ Ajuste no canto à esquerda, e cole rente a linha pontilhada
(Cole o Cupom)

Escreva detalhadamente os itens do questionário médico, que enquadrar

Questionário Médico	Resposta	Campo para
É a primeira vez que recebe a vacina do Novo Coronavírus: (Se já recebeu antes quando foi a 1ª vez: Mês Dia, 2ª. vez: Mês Dia)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Atualmente, o endereço que consta no Atestado de Residência da cidade é o mesmo que está no Cupom de vacinação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Leu o explicativo sobre a "Vacinação do Novo Coronavírus", e compreendeu sobre os efeitos e as reações adversas, etc., da Vacina?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
É o público-alvo por ordem de grupo para a vacinação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> Funcionário da área médica <input type="checkbox"/> Acima de 65 anos <input type="checkbox"/> Entre 60 e 64 anos <input type="checkbox"/> Funcionário de Instituição para Idosos, etc.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome da Doença: () em tratamento (tomando medicamento, etc.)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Doenças Renais <input type="checkbox"/> Doenças Hepáticas <input type="checkbox"/> Problema Sanquâneo <input type="checkbox"/> Doenças em que o sangramento	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Deficiência Imunológica <input type="checkbox"/> Outros ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Conteúdo do tratamento: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos anticoagulantes? () <input type="checkbox"/> Outros ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
O médico que cuida desta Doença, autorizou a receber a vacina preventiva de hoje?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Teve febre ou ficou doente neste último mês? Nome da Doença ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem algum problema de saúde hoje? Sintomas ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Recebeu algum medicamento ou alimento, etc.?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Alergia ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Até agora, passou mal depois de ter tomado alguma vacina preventiva?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tipo da vacina () Sintomas ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
No momento, tem possibilidade de estar grávida (menstruação atrasada, etc.)? Ou, está amamentando?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tomou alguma vacina preventiva nestas últimas 2 semanas? Tipo da vacina: () Data em que recebeu a vacina ()	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tem alguma pergunta a fazer com relação a vacina preventiva de hoje?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

As pessoas que tomam anticoagulantes pode ter hemorragia ou hematoma após vacinação

Anote a temperatura corporal medida no local da vacinação

As pessoas que estão em tratamento, deve pedir autorização do seu

Responda "SIM" ou "NÃO" em cada pergunta

Checar este item sem falta

医師記入欄 Campo reservado ao médico 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能・ <input type="checkbox"/> 見合わせる) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種被害救済制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	医師署名又は記名押印 / / /
Interessado em receber a Vacina Preventiva do Novo Coronavírus Após ter consultado e recebido as orientações do médico, estando ciente da eficácia e dos efeitos colaterais, etc., deseja ser vacinado? (<input type="checkbox"/> Desejo receber a vacina · <input type="checkbox"/> Não desejo receber a vacina) Este Questionário foi elaborado com o objetivo de que possam receber a vacina conscientemente da vacina, e autorizo para que este Assinatura do responsável ou da pessoa a ser vacinada 2021 Ano x Mês x Dia ※ Caso a pessoa a ser vacinada não possa assinar, o representante deve assinar. No caso de tutor do adulto, assinatura do próprio ou do tutor.	
ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※ 枠に合わせてまっすぐに貼付けてください。 (注) 有効期限が切れていないか確認	接種量 実施場所・医師名・施設 医師名 医療機関等コード 接種年月日※記入例) 4月1日→04月01日 年 月 日

Escreva a data que recebeu a vacina e escreva seu nome (assinatura).

Após ler as explicações da vacinação, preencha o questionário em sua casa, sem falta. Em caso de dúvida, procure esclarecer antes de comparecer no local da vacinação.

CONTATO: Centro Geral de Assistência Social e de Saúde de Oizumi, Seção de Construção de Saúde, pelo telefone 0276-62-2121