

Formulário de exame médico preliminar para a vacina contra coronavírus

*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 | | | |
| Nome | Tel. | () | |
| 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 |
| 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 | ml | 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.) | | Nome do médico | Data de vacinação *Exemplo: 1º de abril de 2021 → 2021/04/01 |