

Formulário de exame médico preliminar para a vacina contra o coronavírus

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

Endereço do cartão de permanência	Província	Cidade	Tel. () -	Furigana	Nome
	Endereço				

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。

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 já tomou alguma dose da vacina contra o coronavírus? Quantidade de vacinas tomadas (vez(es)) Qual a data da última vacina: ano/ mês/ dia Tipo da vacina contra o coronavírus tomada na última vez ()	<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	
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"/> síndrome de vazamento capilar <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
Campo preenchido pela instituição médica	<input type="radio"/> Fora do horário (Hora da recepção :) <input type="radio"/> Feriado <input type="radio"/> Criança (menores de 6 anos) <input type="radio"/> Reserva① <input type="radio"/> Reserva②	※ Marcar em preto o item correspondente, sem sair do círculo

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.

Data:	Assinatura da pessoa vacinada ou seu responsável
(*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