

# 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		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.		Nome do médico	Data de vacinação	*Exemplo: 1º de abril de 2021 → 2021/04/01
	(Observação: certifique-se de que a data de validade não expirou.)	ml			