

見本Exemplar

令和8年度インフルエンザ予防接種予診票 高浜市

Cidade de Takahama

Questionário de avaliação da vacina contra Influenza de 2026

※Preencha o quadro abaixo com caneta esferográfica

生年月日 Data de nascimento			
年 齢 Idade	満 歳 anos (completos)	性 別 sexo	男・女 M・F
電話番号 Telefone			
診察前の 体 温 Temperatura antes do exame		度 分 ※体温は実施医療機関で測ってください。 ※ Meça a temperatura na instituição médica	

質 問 事 項	Questionário para vacinação		回答欄 Resposta		医師記入欄 Comentário médico
1	今日のインフルエンザ予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。 Você leu o documento enviado pela Secretaria Municipal com a explicação sobre a vacina contra influenza que será administrada hoje?		いいえ não	はい sim	
2	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 Você entendeu os efeitos e reações advversas da vacinação preventiva de hoje?		いいえ não	はい sim	
3	現在体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状() Está com algum problema de saúde hoje? Descreva os sintomas ()		はい sim	いいえ não	
4	現在、何か病気にかかっていますか。病名() Você está doente no momento? Nome da doença ()		はい sim	いいえ não	
	治療(投薬など)を受けていますか。 Está em tratamento (toma alguma medicação)?		はい sim	いいえ não	
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 O médico que trata dessa doença, permitiu a vacinação preventiva de hoje?		いいえ não	はい sim	
5	1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名() Esteve febril ou doente nesse último mês? Nome da doença ()		はい sim	いいえ não	
6	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() Tomou alguma vacina preventiva no último mês? Nome da vacina ()		はい sim	いいえ não	
7	これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。 Você já teve alguma doença cardíaca, renal, hepática, sanguínea ou alguma outra doença desse tipo? 病名/Nome da doença ()		はい sim	いいえ não	
8	免疫不全と診断を受けたことがありますか。 Você já foi diagnosticado(a) com imunodeficiência?		はい sim	いいえ não	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 Você já teve convulsão?		はい sim	いいえ não	
10	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 Você já apresentou erupções cutâneas, urticária ou algum mal-estar após o uso de medicamentos ou o consumo de al 薬・食品名/Nome do medicamento/alimento ()		はい sim	いいえ não	
11	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 Já tomou a vacina preventiva da influenza alguma vez?		はい sim	いいえ não	
	その際に具合が悪くなったことはありますか。 Nessa ocasião, você apresentou algum mal-estar ou alteração no seu estado de saúde?		はい sim	いいえ não	
	インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 Excluindo a Influenza, já passou mal com alguma vacina preventiva? 予防接種の種類/Nome da vacina preventiva ()		はい sim	いいえ não	
13	今回の予防接種について質問がありますか。 Você tem alguma dúvida sobre a vacinação desta vez?		はい sim	いいえ não	

医師記入欄 Preenchido pelo médico

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
 Conforme o resultado do diagnóstico acima e da consulta médica, a vacina de hoje foi avaliada que (Poderá ser aplicada • Deverá ser adiada)

予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
 Foi explicado sobre os benefícios da vacina, efeitos colaterais e o sistema de assistência fornecida às pessoas que apresentarem reações adversas causadas pela vacina.

医師署名又は記名押印 Assinatura ou carimbo do médico

使用ワクチン名 ・ Lot No.	接種量	実施場所	医師名	接種年月日
	mL			
(注)有効期限が切れていないか要確認				

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)
Formulário de solicitação da vacinação contra influenza (Preencha após ser considerado que a vacinação será possível como o resultado do exame médico.)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)
Após a avaliação do exame e da explicação médica, estando ciente dos resultados obtidos pela vacinação e possibilidade de graves reações secundá
concorda com a inoculação?
(Concordo ・ Não concordo)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

A finalidade deste formulário de diagnóstico preliminar é garantir a segurança da vacinação.
Estando ciente com relação ao mesmo, concordo que os dados deste formulário seja apresentado à Secretaria Municipal.

Reiwa
令和

ano
年

mês
月

dia
日

被接種者自署
Nome da pessoa que será inoculado

代筆者署名 (続柄)

Responsável que escreveu (relação com a pessoa)

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(※ Se a pessoa que será inoculado não conseguir escrever seu próprio nome, que alguém responsável ou um familiar escreva por ele)

切り取り線 Recortar

Certificado de vacinação contra influenza de 2025

※記入・押印のないものは無効
※Não há validade se não estiver preenchido e carimbado.

接種日:

Lot.No.:

実施医療機関:

医師氏名:

愛知県高浜市長

Lista de instituições médicas designadas na cidade de Takahama de 2026 (Vacina contra a Influenza)		
		(Em ordem alfabética japonesa)
Instituição médica	Telefone	Observações especiais
Clínica Isogai 磯貝医院	Agendamento por telefone indisponível	・ Agendamento somente presencial
Iwai Naika Clinic 岩井内科クリニック	070-1631-1016	・ Reservas somente para pessoas que já foram atendidas anteriormente.
Clínica Médica e Cirúrgica Iwatsuki 岩月外科内科クリニック	0566-53-3458	・ Agendamento por telefone ou presencial
Clínica Ortopédica e Urológica Kinuura きぬうら整形外科泌尿器科	0566-54-5255	
Clínica Kondo 近藤医院	0566-53-0029	
Clínica Taisei 泰生医院	0566-52-1001	・ Agendamento somente por telefone < Horário para ligações de agendamento > 9:00-11:30、16:00-18:00 (seg・ter・qui・sexta) 9:00-11:30 (quarta・sábado)
Clínica Takahama Ai Ladies 高浜愛レディースクリニック	0566-54-5161	
Clínica Ortopédica e Reumatológica Takahama たかはま整形リウマチクリニック	0566-52-5221	
Hospital Takahama Toyota 高浜豊田病院	0566-52-5522	
Otorrinolaringologista Tanemura たねむら耳鼻咽喉科	0566-54-3434	
Clínica Tsubasa つばさクリニック	0566-54-5283	・ Agendamento por telefone ou pelo website da clí nica
Clínica Médica e Pediátrica Terao 寺尾内科小児科	Vacinação disponível sem necessidade de agendamento no dia. Não é necessário agendar por telefone.	・ Para os que desejarem escolher uma data específica, o agendamento deverá ser feito exclusivamente pelo site da clínica (não serão aceitos agendamentos por telefone)
Clínica Médica Nakazawa 中沢内科クリニック	080-6341-6147	・ Agendamento por telefone ou presencial
Otorrinolaringologista Masuda 増田耳鼻いんこう科医院	0566-52-3030	
Dermatologista Mikawa 三河皮膚科	0566-52-8008	
Clínica Yoshihama 吉浜クリニック	0566-52-5110	・ Agendamento por telefone ou presencial