

Коронавирусын эсрэг вакциний урьдчилсан үзлэгийн

маягт

* Хүрэн дотор тэмдэглэгээ хийнэ

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。

Оршин суугчийн картан дээрх хаяг	Муж	Хот			
Фүригана	Хаяг				
Нэр		Утас			
Төрсөн огноо	Он	Сар	Өдөр	(нас)	<input type="checkbox"/> эр <input type="checkbox"/> эм
				Үзлэгийн өмнөх биеийн халуун	Градус
Асуулт			Хариулт		Эмчийн бөглөх хэсэг
Та анх удаа коронавирусын эсрэг вакцин хийлгэж байна уу? (Хэрэв та вакцин хийлгэсэн бол эхний удаа хэзээ хийлгэсэн вэ: 2 дахь удаагийн:			өдөр/ өдөр/	сар сар)	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Таны одоо амьдарч байгаа хот, тосгон, суурин нь купон дээр заасан хот, тосгон, сууринтай таарч байна уу?					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Та коронавирусын эсрэг вакцины зааврыг уншиж танилцсан уу, үр дагавар, сөрөг үр дагаврын талаархи ойлголт байгаа юу?					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Та вакцинжуулалтад хамрагдах тэргүүлэх зорилтот бүлгүүдийн нэг үү? <input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн ажилтан зэрэг <input type="checkbox"/> 65 ба түүнээс дээш насны хүн; <input type="checkbox"/> 60-64 насны хүн; <input type="checkbox"/> ахмадын асрамжийн газрын ажилтнууд гэх мэт <input type="checkbox"/> Суурь өвчтэй хүн (өвчний нэр : _____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Та одоогоор ямар нэгэн өвчтэй эсэх, эмчилгээ эсвэл эм ууж байгаа эсэх? Өвчний нэр: <input type="checkbox"/> зүрхний өвчин <input type="checkbox"/> бөөрний өвчин <input type="checkbox"/> элэгний өвчин <input type="checkbox"/> цусны өвчин <input type="checkbox"/> цус алдалтыг зогсооход хэцүү болгодог өвчин <input type="checkbox"/> дархлал хомсдол <input type="checkbox"/> бусад (_____) Эмчилгээний арга: <input type="checkbox"/> цус шингэлэх эм (_____) <input type="checkbox"/> бусад (_____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Сүүлийн нэг сард халуурч, өвдсөн үү? Өвчний нэр (_____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Өнөөдөр таны бие эвгүйрхэж байна уу? Биеийн байдал (_____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Танд таталт (уналт) илэрч байсан уу?					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Эм эсвэл хоол хүнснээс харшлын хүчтэй шинж тэмдэг (анафилаксийн шок гэх мэт) илэрч байсан уу? харшилдаг эм, хоол хүнс (_____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Өнөөг хүртэл вакцин хийлгэсний дараа бие муудаж байсан уу? Вакцины төрөл (_____) Биеийн байдал (_____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Таныг одоогоор жирэмсэн байх магадлалтай юу (жишээлбэл, сарын тэмдэг хожуу ирсэн)? Та хөхүүл хүүхэдтэй юу?					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Сүүлийн хоёр долоо хоногт та ямар нэгэн вакцин хийлгэсэн үү? Вакцины төрөл (_____) Вакцинжуулалтын огноо (_____)					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Вакцины талаар асуулт байна уу?					<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
Эмчийн бөглөх хэсэг	Дээрх асуултууд болон үзлэгийн үр дүнд үндэслэн өнөөдрийн вакцинжуулалтыг (<input type="checkbox"/> хийх боломжтой, <input type="checkbox"/> боломжгүй) гэж үзэж байна.				Эмчийн гарын үсэг, тамга
	Би өвчтөнд вакцины үр нөлөө, гаж нөлөө, вакцинжуулалтаас эрүүл мэндэд үүсэх хор хөнөөлийг арилгах системийг тайлбарласан. <input type="checkbox"/> Вакцин хийлгэх хүн 6-аас доош насны (шаардлагатай бол зааж өгнө үү)				
Коронавирусын эсрэг вакцин хийлгэх хүсэлтийн хуудас					
Эмчийн үзлэг, тайлбар, вакцины үр дагавар, гаж нөлөөний талаар тайлбар сонссоны дараа та вакцин хийлгэх хэвээрээ байна уу? (<input type="checkbox"/> вакцин хийлгэнэ <input type="checkbox"/> вакцин хийлгэхгүй)					
Энэхүү эрүүл мэндийн урьдчилсан үзлэгийн маягтын зорилго нь вакцины аюулгүй байдлыг хангахад оршино. Би үүнийг ойлгож, эмнэлгийн урьдчилсан үзлэгийн маягтыг харьяа захиргааны байгууллага, Японы Үндэсний эрүүл мэндийн даатгалын байгууллагуудын холбоонд Эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний байгууллагад явуулахыг зөвшөөрч байна.			Вакцин хийлгэсэн хүн эсвэл түүний асран хамгаалагчийн гарын үсэг		
			Огноо: _____ (* Хэрэв вакцин хийлгэх хүн өөрөө маягтад гарын үсэг зурж чадахгүй бол түүний төлөөлөгч маягтад гарын үсэг зурахаас гадна нэр, вакцин хийлгэх хүнтэй ямар харьцаатай болохыг зааж өгөх ёстой.) (*Хэрэв тухайн хүн 16 нас хүрээгүй бол энэ хуудсанд түүний асран хамгаалагч гарын үсэг зурсан байх ёстой; хэрэв асран хамгаалуулагч насанд хүрсэн бол энэ хуудсанд тухайн хүн эсвэл насанд хүрсэн асран хамгаалагч гарын үсэг зурна.)		
Эсэх хөглөгөндийн	Вакцины нэр, дугаар	Тарилгын тоо	Вакцинжуулалтын байршил, эмчийн нэр, вакцин хийлгэсэн огноо * Эмнэлгийн байгууллагын код, вакцин хийлгэсэн огноог энэ мөрд тааруулан бөглөнө үү.		
	Тамга		Вакцинжуулалт хийх газар		
	*Хүрээнд бэхлэнэ. (Тайлбар: хугацаа нь дуусаагүй байгаа эсэхийг шалгана уу.)		Эмчийн нэр	Эмнэлгийн код	
			Вакцинжуулалтын огноо *Ж нь: 2021 оны 4 сарын 1 →01.04.2021		