

แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นสำหรับวัคซีนไวรัสโคโรนา

*โปรดกรอกในแบบฟอร์มหรือทำเครื่องหมาย ในกล่องทำเครื่องหมาย

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。

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวผู้พำนัก	จังหวัด	เมือง
ที่อยู่		
ชื่อ	โทรศัพท์	()
วันเดือนปีเกิด	ปี	เดือน
	วัน	()
	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
	อุณหภูมิร่างกายก่อนตรวจสุขภาพ	องศา

คำถาม	ช่องคำตอบ	ช่องสำหรับแพทย์
คุณรับวัคซีนไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรกหรือไม่ (หากเคยรับการฉีดวัคซีนมาก่อน โปรดระบุวันที่ฉีดครั้งแรก: ดต/ ว, วันที่ฉีดครั้งที่สอง: ดต/ ว)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ในเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านตามบัตรประจำตัวผู้พำนักของคุณเป็นเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านที่ระบุไว้บนคู่มือหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยอ่าน "คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา" หรือไม่ และคุณเข้าใจถึงผลลัพธ์และผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเข้าข่ายหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับวัคซีนนี้ก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ <input type="checkbox"/> ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> ผู้ที่มีอายุ 60 - 64 ปี <input type="checkbox"/> ผู้ที่ทำงานที่สถานดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ <input type="checkbox"/> ผู้มีโรคประจำตัว (ชื่อโรค:)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปัจจุบัน คุณมีอาการป่วยและรับการรักษาหรือยาอยู่หรือไม่ ชื่อโรค: <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคที่ทำให้เลือดหยุดไหลยาก <input type="checkbox"/> ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ () ลักษณะของการรักษา: <input type="checkbox"/> ยาฉีดทางเลือด () <input type="checkbox"/> อื่นๆ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณมีไข้หรือป่วยในช่วงเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ชื่อโรค ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีส่วนใดของร่างกายที่คุณรู้สึกไม่สบายในวันนี้หรือไม่ อาการ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยมีอาการชักระตุก (อาการชก) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยมีอาการแพ้รุนแรง (เช่น อาการแพ้รุนแรงเฉียบพลัน (anaphylaxis)) จากยาหรืออาหารหรือไม่ ยาหรืออาหารที่ทำให้เกิดปัญหา ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยป่วยหลังจากรับการฉีดวัคซีนหรือไม่ ประเภทของวัคซีน () อาการ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่คุณจะกำลังตั้งครรภ์อยู่ (เช่น ประจำเดือนมาช้ากว่าปกติ) หรือคุณอยู่ในช่วงการให้นมบุตรอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณได้มีการรับวัคซีนภายในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ ประเภทของวัคซีน () วันที่รับวัคซีน ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณมีคำถามใดเกี่ยวกับวัคซีนในวันนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

ช่องสำหรับแพทย์	เมื่อพิจารณาจากผลลัพธ์ของคำถามด้านบนและการตรวจสอบสุขภาพ ฉีดวัคซีน (<input type="checkbox"/> ใต้, <input type="checkbox"/> ไม่ใต้) ในวันที่ ข้าพเจ้าได้อธิบายผลลัพธ์ของวัคซีน ผลข้างเคียง และระบบบรรเทาความเดือดร้อนจากความเสียหายต่อสุขภาพจากการฉีดวัคซีนให้กับคนไข้แล้ว <input type="checkbox"/> บุคคลที่จะรับการฉีดวัคซีนมีอายุต่ำกว่า 6 ปี (โปรดกรอกหากเกี่ยวข้อง)	ลายมือชื่อและตราประทับของแพทย์
-----------------	---	--------------------------------

แบบฟอร์มขอรับการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา

หลังจากรับการตรวจสอบสุขภาพและคำอธิบายจากแพทย์ รวมทั้งทำความเข้าใจผลลัพธ์และผลข้างเคียงของวัคซีนแล้ว คุณต้องการที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือไม่
(ข้าพเจ้าต้องการรับการฉีดวัคซีน/ ข้าพเจ้าไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน)

แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้อุ่นใจถึงความปลอดภัยของวัคซีน
ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้ส่งแบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นนี้ให้แก่เทศบาลเมือง
สหพันธ์องค์การประกันสุขภาพแห่งชาติของญี่ปุ่นทั้งหมด
และองค์การประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลายมือชื่อผู้รับการฉีดวัคซีน
วันที่:

(*หากผู้รับการฉีดวัคซีนไม่สามารถลงชื่อในแบบฟอร์มด้วยตนเอง ผู้แทนจะต้องลงชื่อในแบบฟอร์มพร้อมทั้งระบุชื่อของผู้แทนและความสัมพันธ์กับผู้รับการฉีดวัคซีน)
(*ในกรณีของบุคคลที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ปกครองจะต้องเป็นผู้ลงชื่อในแบบฟอร์มในชื่อของตนเอง)

รูปถ่ายและลายนิ้วมือ	ชื่อของวัคซีนและหมายเลขการ	ปริมาณการฉีด	สถานที่ที่ฉีดวัคซีน, ชื่อแพทย์ และวันที่ฉีดวัคซีน
	ตำแหน่งแปะสติ๊กเกอร์		รหัสสถาบันทางการแพทย์
	*แปะให้ตรงกับกรอบ (หมายเหตุ: ตรวจสอบให้แน่ใจว่ายังไม่หมด)	ml	ชื่อแพทย์ วันที่ฉีดวัคซีน *ตัวอย่าง: 1 เมษายน 2021 →