

新冠疫苗接种的初步医检表（用于追加接种）

*请在下表中填写相关内容或打勾☑

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。

居民登录住址	县	市
住址		
假名注音		
姓名	联系电话	() - ()
出生日期	年 月 日 (岁)	□男 □女 问诊前的体温 度

问题	回答栏	医务人员填写
您是否接种过新冠疫苗？ (如此前已接种，请填写第一次接种日期： 月 日，第二次接种日期： 月 日) 曾经接种的疫苗 ()	□是 □否	
您现在居住的市/町/村是否与接种券上的市/町/村一致？	□是 □否	
您是否已阅读《新冠疫苗接种说明书》，并理解了疫苗接种后的效果和不良反应？	□是 □否	
您目前是否患有某种疾病并接受治疗或服用药物？ 所患疾病名称：□心脏病 □肾病 □肝病 □血液疾病 □止血困难症 □免疫缺陷症 □毛细血管渗漏综合征 □其它 () 医学治疗：□血液稀释药物 () □其它 ()	□是 □否	
您上个月是否有过发热或感觉不适？所患疾病名称 ()	□是 □否	
您今天是否感到某些部位不适？不适症状 ()	□是 □否	
您是否有过痉挛（癫痫）症状？	□是 □否	
您是否对药物或食物产生过严重的过敏症状（例如过敏症）？ 引起过敏症状的药物或食物的名称 ()	□是 □否	
您是否经历过疫苗接种后的不适症状？ 疫苗类型 () 不适症状 ()	□是 □否	
您目前是否可能怀孕（比如您的生理期晚于预期）？或者您目前处于哺乳期？	□是 □否	
您是否在过去两周内接种过疫苗？ 疫苗类型 () 接种日期 ()	□是 □否	
您是否对今天要接种的疫苗存在疑问？	□是 □否	

医务人员填写	鉴于上述问诊和检查结果，今天 (□ 可以，□ 不可以) 接种疫苗。 我已解释过本疫苗接种后的效果、不良反应以及与疫苗接种相关的健康损害救济措施。	医生签字盖章
--------	---	--------

医疗机构填写	○非诊疗时间段（挂号时间 :) ○休息日 ○儿童（不满6岁） ○备用① ○备用② *请将符合项的符号涂黑，涂黑时请勿出框。
--------	---

新冠疫苗接种申请表

在接受医学问诊并听取医生解释本疫苗接种后的效果及不良反应后，您是否愿意接种本疫苗？
 (□ 我愿意接种 □ 我不愿意接种)

填写这份初步医检表的目的是为了确保疫苗接种的安全性。
 我理解并同意将本医检表提交至地方政府、公益社团法人国民健康保险中央会以及国民健康保险组织。

受接种者或其监护人的签名
日期:
(*如果受接种者本人无法填写，本表必须由其代理人填写，并备注代理人姓名及其与受接种者的关系。) (*如果受接种者未满16岁，本表必须由其监护人填写；如果疫苗接种地点是成人病房，本表必须由受接种者本人或其成年监护人填写。)

医务人员填写	疫苗名称以及批号	接种剂量	接种地点、医生姓名、接种日期	*请在此处填写医疗机构代码和接种日期
	盖章处		接种地点	医疗机构代码
	*请沿方框整齐粘贴 (注：确保未过有效期)	ml	医生姓名	接种日期 *示范： 2021年4月1日 →2021/04/01