

បែបបទត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩

*សូមបំពេញព័ត៌មាន ឬគូសសញ្ញាជិតក្នុងប្រអប់ នៅក្នុងប្រអប់ដិត

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。

អាសយដ្ឋានក្នុងបណ្ណស្នាក់នៅ	តំបន់	ទីក្រុង
អាសយដ្ឋាន		
អក្សរជន្ម	លេខ	()
ឈ្មោះ	ទូរស័ព្ទ	-

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ឆ្នាំ	ខែ	ថ្ងៃ	()	ឆ្នាំ	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	សីតុណ្ហភាពរាងកាយមុនពេលពិនិត្យ	ដឺក្រេ
------------------	-------	----	------	-----	-------	--	-------------------------------	--------

សំណួរ	កន្លែងឆ្លើយសំណួរ	ផ្នែកបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត
តើអ្នកមកចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺកូវីដ១៩នេះជាលើកទីមួយមែនទេ? (ប្រសិនបើអ្នកធ្លាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងពីមុនមក សូមបញ្ចូលកាលបរិច្ឆេទចាក់លើកទី 1៖ ខែ/ ថ្ងៃ កាលបរិច្ឆេទចាក់លើកទី 2៖ ខែ/ ថ្ងៃ)	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើរាងធានី ទីក្រុង ឬកូមិដែលអ្នករស់នៅសព្វថ្ងៃ ដូចគ្នាទៅនឹងរាងធានី ទីក្រុង ឬកូមិដែលបានសរសេរនៅលើបង្កាន់ដៃដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកបានអាន “សេចក្តីណែនាំអំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩” ដែរឬទេ តើអ្នកបានដឹងអំពីប្រសិទ្ធភាព និងផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងររបស់វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងក្រុមប្រជាជនគោលដៅដែលមានអាទិភាពខ្ពស់ក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកវេជ្ជសាស្ត្រ ជាដើម <input type="checkbox"/> បុគ្គលអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ <input type="checkbox"/> បុគ្គលអាយុ 60 ទៅ 64 ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> បុគ្គលបម្រើការងារនៅមណ្ឌលចាស់ដាជាដើម។ <input type="checkbox"/> បុគ្គលមានជំងឺប្រចាំកាយ (ឈ្មោះជំងឺ៖)	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកកំពុងមានជំងឺ និងកំពុងទទួលការព្យាបាល ឬលេបថ្នាំព្យាបាលដែរឬទេ? ឈ្មោះជំងឺ៖ <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង <input type="checkbox"/> ជំងឺតម្រងនោម <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាម <input type="checkbox"/> ជំងឺដែលពិបាកបញ្ឈប់ការហូរឈាម <input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធភាពសុំខ្សោយ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ () លក្ខណៈនៃការព្យាបាល៖ <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្យាបាល () <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺក្តៅខ្លួន ឬបានធ្លាក់ខ្លួនឈឺដែរទេប្រកាលពីខែមុន? ឈ្មោះជំងឺ ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់អ្នកដែរឬទេ? ស្ថានភាព ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺប្រកាច់ដែរទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានធាតុសញ្ញាអាឡាក់ប្រើធ្ងន់ធ្ងរ (ដូចជាប្រតិកម្មធុំ) ដោយសារការលេបថ្នាំ ឬញ៉ាំអាហារដែរទេ? ថ្នាំ ឬអាហារដែលបង្កឱ្យមានបញ្ហានេះ ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់ធ្លាក់ខ្លួនឈឺ បន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេ? ប្រភេទវ៉ាក់សាំង () ស្ថានភាព ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកអាចនឹងកំពុងចាប់ផ្តើមមានផ្លូវពោះ (ឧទាហរណ៍ រដូវរបស់អ្នក មកយឺតជាងធម្មតា)? ឬតើអ្នកកំពុងបំបៅដោះកូនដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់បានចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេនៅក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍កន្លងទៅនេះ? ប្រភេទវ៉ាក់សាំង () កាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកចង់សួរសំណួរអ្វីពាក់ព័ន្ធនឹងវ៉ាក់សាំងនៅថ្ងៃនេះទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	

ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត	យោងតាមលទ្ធផលនៃសំណួរអំពីការពិនិត្យ វ៉ាក់សាំងថ្ងៃនេះគឺ (<input type="checkbox"/> អាចចាក់បាន <input type="checkbox"/> មិនអាចចាក់បាន)។	ហត្ថលេខា និងត្រាវេជ្ជបណ្ឌិត
	ខ្ញុំបានពន្យល់អំពីប្រសិទ្ធភាព ផលប៉ះពាល់ និងប្រព័ន្ធបន្តការងារឈឺចាប់សម្រាប់គ្រោះថ្នាក់សុខភាពនៅក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងទៅកាន់អ្នកជំងឺសព្វគ្រប់អស់ហើយ។ <input type="checkbox"/> អ្នកចាក់វ៉ាក់សាំងមានអាយុក្រោម 6 ឆ្នាំ (ត្រូវបំពេញចូល ប្រសិនបើមាន)	

បែបបទស្នើសុំវ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩

បន្ទាប់ពីទទួលបានការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ និងការពន្យល់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត ហើយបានដឹងអំពីប្រសិទ្ធភាព និងផលប៉ះពាល់របស់វ៉ាក់សាំងរួចហើយ តើអ្នកនៅតែចង់ចាក់វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ?

(ខ្ញុំចង់ចាក់វ៉ាក់សាំង / ខ្ញុំមិនចង់ចាក់វ៉ាក់សាំងទេ)

គោលបំណងនៃបែបបទពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របែបនេះ គឺដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង។

ខ្ញុំដឹង និងបានយល់ស្របឱ្យដាក់បែបបទពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របែបនេះជូនទៅសាលាក្រុង សហព័ន្ធដប៉ូននៃស្ថាប័នធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិទាំងអស់ និងស្ថាប័នធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ។

កាលបរិច្ឆេទ៖	ហត្ថលេខា អ្នកទទួល វ៉ាក់សាំង ឬ អាណាព្យាបាល
(*ប្រសិនបើអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងមិនអាចចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនោះដោយខ្លួនឯងបាន នោះអ្នកតំណាងត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនោះ ហើយឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងរបស់តំណាងជាមួយនឹងអ្នកទទួល វ៉ាក់សាំងត្រូវតែមានសរសេរច្បាស់។)	
(*ក្នុងករណីបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 16 ឆ្នាំ បែបបទនោះត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយអាណាព្យាបាល ហើយ ប្រសិនបើក្នុងករណីបុគ្គលស្ថិត ក្រោមការថែទាំ បែបបទនោះត្រូវតែចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលនោះ ឬអាណាព្យាបាលរបស់បុគ្គលនោះ។)	

ផ្នែក ត្រូវ បំពេញ ដោយ វេជ្ជបណ្ឌិត	ឈ្មោះវ៉ាក់សាំង និងលេខទូរស័ព្ទ	ចំនួនថ្នាំវ៉ាក់សាំង	ទីកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង *សូមបំពេញលេខកូដមន្ទីរពេទ្យ និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីឱ្យត្រូវទៅតាមផ្នែក	
	ទីតាំងក្រា		ទីកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង	លេខកូដមន្ទីរពេទ្យ
	*បិទឱ្យចំក្នុងស៊ុមនេះ (សម្គាល់៖ ត្រូវប្រាកដថាមិនទាន់ ហួសកាលបរិច្ឆេទកំណត់	មល.	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត	កាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង *ឧទាហរណ៍៖ ថ្ងៃទី០១ ខែមេសា ឆ្នាំ២០២១ → 2021/04/01