

Форма предварительного медицинского обследования для вакцинации от коронавируса нового типа (для дополнительной вакцинации)

*Заполните или отметьте поля внутри рамки, выделенной полужирными линиями

Адрес на карте резидента	Префектура	Город		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。			
	Адрес						
Фуригана			Тел.	()			
Имя							
Дата рождения	Год	Месяц	Дата (возраст)	<input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> жен.	Температура тела перед обследованием	Градусов	
Вопрос					Поле для ответа		Заполняет врач
Проходили ли Вы вакцинацию от коронавируса нового типа ранее? (в 1-й раз: дд/ мм, во 2-й раз: дд/ мм) Вакцина, прививку которой Вы получили ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Совпадает ли город, населенный пункт или деревня, в которой Вы в настоящее время проживаете, с городом, населенным пунктом или деревней, указанными в купоне?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Читали ли Вы "Инструкцию по применению вакцины от коронавируса нового типа" и понимаете ли Вы последствия и неблагоприятные побочные эффекты?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Страдаете ли Вы в настоящее время какой-либо болезнью и проходите ли лечение или получаете ли лекарства? Название заболевания: <input type="checkbox"/> болезнь сердца <input type="checkbox"/> болезнь почек <input type="checkbox"/> болезнь печени <input type="checkbox"/> болезнь крови <input type="checkbox"/> болезнь, затрудняющая остановку кровотечения <input type="checkbox"/> иммунодефицит <input type="checkbox"/> синдром капиллярной утечки <input type="checkbox"/> другая () Характер лечения: <input type="checkbox"/> разжижающее кровь лекарство () <input type="checkbox"/> другое ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Была ли у Вас лихорадка или болели ли Вы за последний месяц? Название болезни ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Есть ли какие-то части Вашего тела, недомогание в которых Вы сегодня чувствуете? Состояние ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Были ли у Вас когда-нибудь судороги (припадки)?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Испытывали ли Вы когда-нибудь серьезные аллергические реакции (например, анафилактический шок) от лекарств или продуктов питания? Лекарства или продукты питания, которые вызвали проблему ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Болели ли Вы когда-нибудь после получения вакцины? Тип вакцины () Состояние ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Есть ли вероятность того, что Вы в настоящее время беременны (например, Ваши месячные проявились позже, чем ожидалось)? Кормите ли Вы грудью?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Принимали ли Вы какие-либо вакцины в течение последних двух недель? Тип вакцины () Дата вакцинации ()					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Есть ли у Вас есть какие-нибудь вопросы по поводу вакцины?					<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	
Заполняет врач	Исходя из результатов, полученных на основе вышеприведенных вопросов и экспертизы, сегодняшняя вакцинация является (<input type="checkbox"/> возможной, <input type="checkbox"/> невозможной). Я объяснил пациенту действие вакцины, побочные эффекты и систему устранения вреда здоровью при вакцинации.				Подпись и печать врача		
Графа, заполняемая медицинским учреждением	<input type="radio"/> Вне времени работы (время приема :) <input type="radio"/> Выходной день <input type="radio"/> Ребенок (до 6 лет) <input type="radio"/> Дополнительно ① <input type="radio"/> Дополнительно ② * Закрасьте кружок подходящего варианта аккуратно по форме.						

Форма запроса на вакцинацию от коронавируса

После медицинского осмотра и объяснений от врача и понимания последствий и побочных эффектов вакцины, хотите ли Вы получить её?
 Я хочу вакцинироваться Я не хочу вакцинироваться

Целью данной формы предварительного медицинского обследования является обеспечение безопасности вакцины. Я понимаю это и даю согласие на то, чтобы данная форма предварительного медицинского обследования была представлена органам муниципальной власти, Федерации национальных организаций медицинского страхования Японии и Национальной организации медицинского страхования.

Дата:	Подпись привитого лица или его опекуна
(*Если лицо, подлежащее вакцинации, не может подписать форму самостоятельно, его представитель должен подписать форму, а также указать свое имя и родство с лицом, подлежащим вакцинации.) (*Если лицо не достигло 16-летнего возраста, данный бланк должен подписать его опекун; если подопечный является взрослым, данный бланк следует подписать самому лицу или опекуну взрослого лица.)	

Заполняет врач	Название вакцины и номер партии	Количество прививок	Место вакцинации, имя врача и дата вакцинации *Впишите код медицинского учреждения и дату вакцинации так, чтобы они поместились в данном поле.	
	Место печати		Место проведения вакцинации	Код медицинского учреждения
	*Прикрепите прямо к рамке.	МЛ	Имя врача	
	(Примечание: убедитесь в том, что срок годности не истек.)		Дата вакцинации *Пример: 1 апреля 2021 года →01.04.2021	