

Коронавирусын эсрэг вакцинний урьдчилсан үзлэгийн маягт (Нэмэлт тунд хамрагдахад)

* Хүрэн дотор тэмдэглэгээ хийнэ

Оршин суугчийн картан дээрх хаяг	Муж	Хот	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。			
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
Коронавирусын вакцин хийлгэж байсан уу? (Хэрэв та вакцин хийлгэсэн бол эхний удаа хэзээ хийлгэсэн вэ: Хийлгэж байсан вакцин () 2 дахь удаагийн: өдөр/сар өдөр/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 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"/> Хялгасан судасны нэвчилтийн хам шинж <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. Би өвчтөнд вакцины үр нөлөө, гаж нөлөө, вакцинжуулалтаас эрүүл мэндэд үүсэх хор хөнөөлийг арилгах системийг тайлбарласан.	Эмчийн гарын үсэг, тамга
---------------------	---	--------------------------

Эрүүл мэндийн байгууллагын бөглөх хэсэг

Ажлын бус цаг (Хүлээн авах цаг :) Амралтын өдөр Хүүхэд (6-аас доош насны) Бэлтгэл ① Бэлтгэл ②

* Бөглөхдөө дугуй тэмдгээс илүү гаргалгүйхараар будаарай.

Коронавирусын эсрэг вакцин хийлгэх хүсэлтийн хуудас

Эмчийн үзлэг, тайлбар, вакцины үр дагавар, гаж нөлөөний талаар тайлбар сонссоны дараа та вакцин хийлгэх хэвээрээ байна уу?
(вакцин хийлгэнэ 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.

Огноо:	Вакцин хийлгэсэн хүн эсвэл түүний асран хамгаалагчийн гарын үсэг
(* Хэрэв вакцин хийлгэх хүн өөрөө маягтад гарын үсэг зурж чадахгүй бол түүний төлөөлөгч маягтанд 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 хамгаалагч насанд хүрэн бол энэ хуудсанд тухайн хүн эсвэл насанд хүрсэн асран хамгаалагч гарын үсэг зурна.)	

Эмчийн бөглөх хэсэг	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.)	МЛ	Эмчийн нэр