

# 新冠疫苗接種的初步問診表

\*請在下表中填寫相關內容或打勾 。

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。

居民登錄住址	都道府縣	市區町村	
	住址		
假名注音			
姓名	聯繫電話	( )	
出生日期(西元)	年 月 日	( ) 歲	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
問診前的體溫		度	

問題	回答欄	由醫師填寫
是否曾接種過新冠疫苗? 接種劑數( )劑 上次接種日期( )年 )月 )日) 上次接種的新冠疫苗種類( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
現在居住的市/町/村是否與接種券上的市/町/村一致?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否已經閱讀「新冠疫苗接種說明書」, 並理解了疫苗接種後的效果和不良反應?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
目前是否患有某種疾病並接受治療或服用藥物? 所患疾病名稱: <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 血液疾病 <input type="checkbox"/> 止血困難症 <input type="checkbox"/> 免疫缺陷症 <input type="checkbox"/> 毛細血管滲漏症候群 <input type="checkbox"/> 其它( ) 醫學治療: <input type="checkbox"/> 血液稀釋藥物( ) <input type="checkbox"/> 其它( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
上個月是否有過發熱或感覺不適? 所患疾病名稱( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
今天是否感覺有部位不適? 不適症狀( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否有過痙攣(癲癇)症狀?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否對藥物或食物產生過嚴重的過敏症狀(例如過敏症)? 引起過敏症狀的藥物或食物的名稱( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否經歷過疫苗接種後的不適症狀? 疫苗類型( ) 不適症狀( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
目前是否可能懷孕(比如您的生理期晚於預期)? 或者您目前處於哺乳期?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否在過去二周內接種過疫苗? 疫苗類型( ) 接種日期( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否對今天要接種的疫苗有疑問?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

由醫師填寫	鑒於上述問診和檢查結果, 今天( <input type="checkbox"/> 可以、 <input type="checkbox"/> 不可以)接種疫苗。 已向本人解釋本疫苗接種的效果、不良反應以及與疫苗接種相關的健康損害保障機制。	Signature and seal of doctor
-------	--	------------------------------

醫療機構填寫欄位	<input type="radio"/> 非診療時段(掛號時間 : ) <input type="radio"/> 休診日 <input type="radio"/> 兒童(未滿6歲) <input type="radio"/> 備用欄① <input type="radio"/> 備用欄② ※請將符合之項目的圓圈塗黑, 塗黑時請勿超出圓框。
----------	--

## 新冠疫苗接種申請表

在接受醫學檢查問診並聽取醫生解釋本疫苗接種後的效果及不良反應後, 是否願意接種本疫苗? ( 我願意接種/ 我不願意接種)

填寫本初步醫檢表的目的是為了確保疫苗接種的安全性。  
我理解並同意本初步醫檢表提交至地方政府、公益社團法人國民健康保險中央會以及國民健康保險組織。

日期:	受接種者或其監護人的姓名
(*如果受接種者本人無法填寫, 本表必須由其代理人填寫, 並備註代理人姓名及其與受接種者的關係。) (*如果受接種者未滿16歲, 本表必須由其監護人填寫。如果疫苗接種地點為成人病房, 本表必須由受接種者本人或其成年監護人填寫。)	

由醫師填寫	疫苗名稱和批號	接種劑量	接種地點、醫師姓名、接種日期	*請在此處填寫醫療機構代碼及接種日期
	標籤黏貼處	ml	接種地點	醫療機構代碼
	*請沿方框整齊黏貼 (注: 確認未過有效期限)		醫師姓名	接種日期 *例如: 2021年4月1日 → 2021/04/01

2 0 2 年 月 日