नोभल कोरोनाभाइरस खोपको लागि प्रारम्भिक चिकित्सा जाँच फारम

*कृपया कोठाभित्र भर्नुहोस् वा ☑ रेजा लगाउनुहोस्

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。

ठेगाना (बसोबास कार्डमा भएको)	प्रिफेक्चर	शहर	
	ठेगाना		
फुरिगाना		टेलि फोन	(　　)
नाम			

जन्म मिति	साल　　महिना　　दिन	(　　बर्ष)	□ पुरुष □महिला	परीक्षण अघि शरीरको तापक्रम	डिग्री

प्रश्न	प्रतिक्रिया		डाक्टरले भर्ने ठाउँ
नोभल कोरोना भाइरसको खोप लिनुभएको छ ? खोप लगाएको संख्या (　　पटक)　अघिल्लो पटक खोप लगाएको मिति (　　साल　　महिना　　तारिख) अघिल्लो पटक लगाएको नोवल कोरोनाभाइरसको खोपको किसिम (　　)	□हो	□होइन	
के तपाईं हाल बसोबास गर्दै आउनुभएको शहर वा गाउँ कुपनमा भनिएको जस्तै छ?	□हो	□होइन	
तपाइँले "कोरोनाभाइरस खोपका लागि निर्देशनहरू" पढ्नुभयो? यसका प्रभाव र साइड इफेक्टका बारेमा तपाइँलाई जानकारि छ?	□हो	□होइन	
के तपाईं हाल कुनै किसिमको रोगबाट पिडित हुनुहुन्छ र उपचार वा औषधि गराउँदै हुनुहुन्छ? रोगको नाम: □ मुटु रोग□ मृगौला रोग□ कलेजो रोग□ रक्त रोग□ रक्तश्राव रोक्न गाह्रो हुने रोग□ प्रतिरोध क्षमता अभाव □ क्यापिलरी लिक सिन्ड्रोम □ अन्य　(　　) उपचारको प्रकृति:□　रगत पातलो गर्ने औषधि (　　) □ अन्य (　　)	□हो	□होइन	
के तपाईंलाई गत १ महिना भित्रमा ज्वरो आएको थियो वा बिरामी पर्नु भएको थियो ? रोगको नाम (　　)	□हो	□होइन	
के आज तपाईको शरीरका कुनै अङ्गहरुले विसन्चो महसुस गरिरहेका छन्? अवस्था　(　　)	□हो	□होइन	
के तपाईलाई कहिल्यै ऐंठन भएको छ (मुर्छा)?	□हो	□होइन	
के तपाईंले कहिल्यै औषधी वा खाद्यपदार्थहरूबाट गम्भीर एलर्जीको लक्षणहरू अनुभव गर्नुभयो (जस्तै एनाफिलाक्सिस)? औषधि वा खाना जुन समस्या उत्पन्न गर्दछ (　　)	□हो	□होइन	
के तपाई कहिल्यै खोप लगाई बिरामी पर्नु भएको छ? खोपको प्रकार (　　) अवस्था (　　)	□हो	□होइन	
के तपाईं हाल गर्भवती हुनुभएको सम्भावना छ? (उदाहरणः तपाईको महिनावारि अरु बेला भन्दा पछि सरेको हो)? वा तपाईं स्तनपान गराउँदै हुनुहुन्छ?	□हो	□होइन	
पछिल्ला दुई हप्तामा तपाईले कुनै खोप लिनु भएको छ? खोपको प्रकार (　　) खोप लिएको मिति (　　)	□हो	□होइन	
के खोपका बारेमा तपाईको कुनै जिज्ञासा छ?	□हो	□होइन	

डाक्टरले भर्ने ठाउँ	माथिका प्रश्न र परिक्षणका आधारमा, आजको खोप (□ सम्भव छ □ सम्भव छैन) मैले खोपका प्रभाव, साइड इफेक्ट, र खोपबाट स्वास्थ्यमा हुने हानी र राहत प्रणालीको बारेमा बिरामीलाई	डाक्टरको हस्ताक्षर र छाप
स्वास्थ्य संस्थाद्वारा भरिने	○कार्य समयभन्दा बाहेक (रिसेप्सनको समय　:　) ○बिदा ○बालबालिका (६ वर्ष भन्दा कम) ○अतिरिक्त ① ○अतिरिक्त ② ＊ मेल खाने बुँदाको बारेमा, मार्क भन्दा बाहिर ननिस्कने गरि कालो रङ्ग दल्नुहोस् ।	

कोरिना भाइरसको खोप अनुरोध फाराम

डाक्टरबाट चिकित्सा जाँच र स्पष्टीकरण प्राप्त गरेपछि र खोपको प्रभाव र साइड इफेक्टहरू बुझिसकेपछि, के तपाई यो खोप प्राप्त गर्न चाहानुहुन्छ?
(□ म खोप लिन चाहन्छु / □ म खोप लिन चाहन्न)

यस प्रारम्भिक चिकित्सा जाँच फारमको उद्देश्य खोपको सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु हो।
म यस कुरालाई बुझ्छु र यस प्राथमिक चिकित्सा परीक्षा फारमलाई नगरपालिका, सरकार, अखिल जापान राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा संघहरूको संगठन, र राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा संगठन लाई पेश गर्दैछु,।

मिती　　हस्ताक्षर (खोपिएको ब्यक्ति वा अभिभावकक)

(*यदि खोप लगाईएको ब्यक्ति आफैंले फारममा हस्ताक्षर गर्न असमर्थ छ भने, एक प्रतिनिधिले फाराममा हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ, र खोप लिनु पर्ने ब्यक्तिको प्रतिनिधिको नाम र सम्बन्ध संकेत गर्नुपर्दछ।.)
(*१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको ब्यक्तिको मामलामा फारम अभिभावकले हस्ताक्षरगरेको हुनुपर्दछ; अशक्त मानिसको मामला मा, फारम ब्यक्ति आफैले / अशक्तका अभिभावकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ

डाक्टरले भर्ने ठाउँ

खोपको नाम र लट नम्बर	जम्मा ईनोकुलेसन	खोप स्थान, डाक्टरको नाम, र खोपको मिति　*कृपया यस भित्रअट्ने गरी मेडिकल संस्था कोड र खोप मिति भर्नुहोस्।	
छाप *यसलाई फ्रेमको साथ सिधा पेस्ट गर्नुहोस्। (नोट: म्याद सकिने मिति समाप्तनभएको निश्चित गर्नुहोस्)	मि.ली.	खोप स्थान डाक्टरको नाम	चिकित्सा संस्था कोड खोपको मिति　*उदाहरणः April1, 2021 →2021/04/01