

Форма предварительного медицинского обследования для вакцинации от коронавируса нового типа

*Заполните или отметьте галочкой поля внутри рамки, выделенной полужирными линиями.

Адрес на карте резидента	Префектура	Город	
	Адрес		
Фуригана			()
Имя		Тел.	() -
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? Количество раз (раз) Дата последней вакцинации (год месяц день) Тип вакцины, которую Вы получили в последний раз ()			<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 действие и неблагоприятные побочные эффекты вакцины?			<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
Испыгивали 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
Вы когда-нибудь чувствовали себя плохо 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, у Вас задерживаются месячные)? 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 медицинского осмотра, 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 действия и побочных эффектов вакцины, хотите ли Вы получить её? <input type="checkbox"/> Я хочу вакцинироваться <input type="checkbox"/> 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.			
		Подпись вакцинируемого лица или его родителя/опекуна Дата: _____	
		(*Если вакцинируемое лицо не может подписать форму самостоятельно, его представитель должен подписать форму, а также указать свое имя и родство с вакцинируемым лицом.) (*Если вакцинируемое лицо не достигло 16-летнего возраста, данный бланк должен подписать его родитель/опекун; если вакцинируемое лицо является взрослым, находящимся под опекой, данный бланк следует подписать самому лицу или его опекуну)	
Заполняет врач	Название вакцины и номер партии	Доза вакцины	Место вакцинации, имя врача и дата вакцинации*Впишите код медицинского учреждения и дату вакцинации так, чтобы они поместились в данном поле.
	Место наклеивания этикетки	_____ мл	Место проведения вакцинации
	*Наклейте этикетку ровно, чтобы она не выходила за границы графы.		Имя врача
	(Примечание: убедитесь в том, что срок годности не истек.)		Дата вакцинации *Пример: 1 апреля → 04 месяц 01 день
			202_ год __ месяц __ день