

# 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

**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。

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)? 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?  
 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.

	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