

แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นสำหรับวัคซีนไวรัสโคโรนา

*โปรดกรอกในแบบฟอร์มหรือทำเครื่องหมาย ในกล่องทำเครื่องหมาย

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวผู้พำนัก	จังหวัด	เมือง	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。		
	ที่อยู่				
フリガナ	氏名	性別	()	()	()
ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	()	()	()

วันเดือนปีเกิด	ปี	เดือน	วัน	()	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	อุณหภูมิร่างกายก่อนตรวจสอบสุขภาพ	องศา
----------------	----	-------	-----	-----	------------------------------------------------------------	----------------------------------	------

คำถาม	ช่องคำตอบ	ช่องสำหรับแพทย์
คุณเคยได้รับวัคซีนไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่หรือไม่ จำนวนครั้งที่ฉีด (ครั้ง) วันที่ฉีดครั้งก่อนหน้า (/ / (โปรดระบุในรูปแบบ yyyy/mm/dd)) ประเภทของวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนาที่ฉีดครั้งก่อนหน้า ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ในเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านตามบัตรประจำตัวผู้พำนักของคุณเป็นเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านที่ระบุไว้บนฉลากหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยอ่าน "คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา" หรือไม่ และคุณเข้าใจถึงผลลัพธ์และผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปัจจุบัน คุณมีอาการป่วยและรับการรักษาหรือยาอยู่หรือไม่ ชื่อโรค: <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> โรคที่ทำให้เลือดหยุดไหลยาก <input type="checkbox"/> ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> กลุ่มอาการเส้นเลือดฝอยรั่ว (Capillary leak syndrome) <input type="checkbox"/> อื่นๆ () ลักษณะของการรักษา: <input type="checkbox"/> ยาฉีดฉางเลือด () <input type="checkbox"/> อื่นๆ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณมีไข้หรือป่วยในช่วงเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ ชื่อโรค ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีส่วนใดของร่างกายที่คุณรู้สึกไม่สบายในวันนี้หรือไม่ อาการ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยมีอาการชกกระทุก (อาการชก) หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยมีอาการแพ้รุนแรง (เช่น อาการแพ้รุนแรงเฉียบพลัน (anaphylaxis)) จากยาหรืออาหารหรือไม่ ยาหรืออาหารที่ทำให้เกิดปัญหา ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยป่วยหลังจากรับการฉีดวัคซีนหรือไม่ ประเภทของวัคซีน () อาการ ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่คุณจะกำลังตั้งครรภ์อยู่ (เช่น ประจำเดือนมาช้ากว่าปกติ) หรือคุณอยู่ในช่วงการให้นมบุตรอยู่หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณได้มีการรับวัคซีนภายในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ ประเภทของวัคซีน () วันที่รับวัคซีน ()	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณมีคำถามใดเกี่ยวกับวัคซีนในวันนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

ช่องสำหรับแพทย์	เมื่อพิจารณาจากผลลัพธ์ของคำถามด้านบนและการตรวจสอบสุขภาพ ฉีดวัคซีน (<input type="checkbox"/> ได้, <input type="checkbox"/> ไม่ได้) ในวันที่ ข้าพเจ้าได้อธิบายผลลัพธ์ของวัคซีน ผลข้างเคียง และระบบบรรเทาความเดือดร้อนจากความเสียหายต่อสุขภาพจากการฉีดวัคซีนให้กับคนไข้แล้ว	ลายมือชื่อและตราประทับของแพทย์
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

ช่องบันทึกข้อมูลสถาบันการแพทย์	<input type="checkbox"/> นอกเวลา (เวลาทำการ :) <input type="checkbox"/> วันหยุด <input type="checkbox"/> เด็ก (อายุต่ำกว่า 6 ปี) <input type="checkbox"/> สำรอง 1 <input type="checkbox"/> สำรอง 2 *โปรดระบายสีตาภายในเครื่องหมายวงกลมในหัวข้อที่ข้าพชาย
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

แบบฟอร์มขอรับการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา

หลังจากรับการตรวจสอบสุขภาพและคำอธิบายจากแพทย์ รวมทั้งทำความเข้าใจผลลัพธ์และผลข้างเคียงของวัคซีนแล้ว คุณต้องการที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือไม่ (ข้าพเจ้าต้องการรับการฉีดวัคซีน/ ข้าพเจ้าไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน)

แบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัยของวัคซีน

ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้ส่งแบบฟอร์มการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นนี้ให้แก่เทศบาลเมือง สหพันธ์องค์กรประกันสุขภาพแห่งชาติของญี่ปุ่นทั้งหมด และองค์การประกันสุขภาพแห่งชาติ

วันที่: _____

ลายมือชื่อผู้รับการฉีดวัคซีน หรือผู้ปกครอง

(*หากผู้รับการฉีดวัคซีนไม่สามารถลงชื่อในแบบฟอร์มด้วยตนเอง ผู้แทนจะต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม พร้อมทั้งระบุชื่อของผู้แทน และความสัมพันธ์กับผู้รับการฉีดวัคซีน) (*ในกรณีของบุคคลที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ปกครองจะต้องเป็นผู้ลงชื่อในแบบฟอร์ม ในกรณีของบุคคลผู้ไร้ความสามารถ บุคคลดั่งกล่าวหรือผู้ปกครองจะต้องลงชื่อในแบบฟอร์ม)

ผู้แทนชุมชน	ชื่อของวัคซีนและหมายเลขการผลิต	ปริมาณการฉีดวัคซีน	สถานที่ที่ฉีดวัคซีน, ชื่อแพทย์ และวันที่ฉีดวัคซีน	*โปรดกรอกรหัสสถาบันทางการแพทย์และวันที่ฉีดวัคซีนภายในช่องนี้
	ตำแหน่งแปะสติ๊กเกอร์	ml	สถานที่ที่ฉีดวัคซีน	รหัสสถาบันทางการแพทย์
	*แปะให้ตรงกับกรอบ		ชื่อแพทย์	
(หมายเหตุ: ตรวจสอบให้แน่ใจว่ายังไม่หมดอายุ)			วันที่ฉีดวัคซีน *ตัวอย่าง: 1 เมษายน 2021 → 2021/04/01	