

استمارة الفحص الطبي الأولي للقاح فيروس كورونا

*يرجى إدخال المعلومات المطلوبة أو الاكتفاء بوضع علامة داخل الخانة المناسبة

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。

العنوان المشار إليه في بطاقة الإقامة	المحافظة	المدينة	العنوان:			
فوريغانا		()				
الاسم	الهاتف	()	أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	درجة حرارة الجسم قبل الفحص	درجة	
تاريخ الميلاد	السنة	اليوم	(السن)			
الأسئلة			خانة الإجابة	خانة خاصة بالطبيب		
هل سبق تلقيك لقاح فيروس كورونا المستجد؟ عدد الجرعات (جرعات) تاريخ الجرعة السابقة (اليوم / الشهر / السنة) (نوع لقاح فيروس كورونا المستجد في الجرعة السابقة:)			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل تعيش في نفس المدينة البلدة القرية التي أشرت لها في القسيمة المرفقة؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل قرأت التعليمات الخاصة بلقاح كورونا وهل فهمت جيدا الآثار الجانبية التي قد تترتب عن هذا اللقاح؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل تعاني من أي مرض وأنت بصدد تتبع عملية العلاج منه؟ اسم المرض: <input type="checkbox"/> مرض القلب <input type="checkbox"/> مرض الكلى <input type="checkbox"/> مرض الكبد <input type="checkbox"/> مرض الدم <input type="checkbox"/> مرض يجد من إيقاف نزيف الدم <input type="checkbox"/> مرض نقص المناعة المكتسبة <input type="checkbox"/> متلازمة التسرب الشعري <input type="checkbox"/> مرض آخر (.....) طبيعة العلاج: علاج يهيم تلقي مخففات الدم (.....) علاجات أخرى (.....) (.....)			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل عانيت من الزكام أو مرض آخر خلال الشهر الأخير؟ اسم المرض			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل تشعر بأي ألم في الجسم اليوم؟ ما هي الأعراض			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل عانيت مؤخرا من أي تشنجات؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل عانيت مؤخرا من أي أعراض مرتبطة بالحساسية (من قبيل الإغوار أو الحساسية المفرطة) بسبب تناولك أدوية أو أطعمة معينة؟ ما نوع الأدوية أو الأطعمة التي تناولتها وتسببت في مشكلة الحساسية ()			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل عانيت من حالة مرضية بعد تلقيك للقاح؟ نوع اللقاح (.....) الأعراض (.....)			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل لديك بعض أعراض الحمل (مثل: تأخر الدورة الشهرية)؟ أو هل أنت ترضعين في الوقت الحالي؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل تلقيت في الأسبوعين الأخيرين أي لقاحات أخرى؟ تاريخ التلقيح () نوع اللقاح ()			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
هل لديك أية أسئلة بخصوص عملية اللقاح الحالية؟			نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>			
خانة خاصة بالطبيب	على ضوء المعلومات المشار إليها أعلاه، هل تلقي التلقيح يعد أمرا <input type="checkbox"/> ممكن <input type="checkbox"/> غير ممكن <input type="checkbox"/> لقد وضحت للمعني بالأمر جميع الآثار الجانبية الممكن حدوثها إثر هذا اللقاح وأيضا شرحت له (لها) نظام التخفيف من الإصابة المترتبة عن التلقيح					ختم وتوقيع الطبيب
خانة خاصة بالمؤسسة الطبية	* يرجى ملء دوائر بنود الموافقة باللون الأسود ضمن الدائرة: ① ملاحظات إضافية ② ملاحظات إضافية					خارج أوقات الدوام (وقت الاستقبال :) يوم غير مخصص للاستشارة ③ طفل صغير (دون 6 سنوات) ④ ملاحظات إضافية ⑤ ملاحظات إضافية
<p>نموذج طلب الاستفادة من التلقيح :</p> <p>بعد تلقيك الفحص الطبي وجميع الشروط بخصوص الآثار الممكن أن تترتب عن هذا التلقيح، هل مازالت ترغب في تلقي هذا اللقاح؟ <input type="checkbox"/> لا أرغب في تلقي التلقيح <input type="checkbox"/> أرغب في تلقي التلقيح .</p>						
<p>إن الهدف من هذه الاستمارة الخاصة بالفحص الطبي الأولي هو ضمان سلامة التلقيح. أفهم جيدا هذا المحتوى وأوافق على ما ورد في الاستمارة الخاصة بالفحص الطبي الأولي التي وضعتها الحكومات المحلية والوطنية اليابانية للمنظمات الوطنية الخاصة بالتأمين الصحي والاتحاد الياباني للمنظمات الوطنية للتأمين الصحي.</p>			<p>توقيع الشخص المستفيد من التلقيح التاريخ:</p>			
<p>إذا لم يستطع المعني بالتلقيح أن يوقع يجب أن يقوم ولي أمره بتوقيعها مع ذكر اسمه وصفته وطبيعة علاقته بالمعني بالأمر. إذا كان المعني بالأمر أقل من 16 سنة، يجب أن يقوم ولي أمره بتوقيع هذه الاستمارة؛ وفي حال كان المعني بالأمر يبلغ سن الرشد فعليه أن يقوم بتوقيعها بنفسه أو يقوم من ينوب عنه قانونا بتوقيعها.</p>						
تاريخ التلقيح	اسم التلقيح ورقم الدفعة	مقدار جرعة التلقيح	موقع تلقي اللقاح، اسم الطبيب وتاريخ تلقي التلقيح		* يرجى الإشارة إلى ترقيم المؤسسة الطبية وتاريخ التلقيح بالشكل المناسب	
	الخاتم				ترقيم المؤسسة الطبية	
	*يرجى إصافها بالموازاة مع خطوط الإطار				اسم الطبيب تاريخ التلقيح	
	ملاحظة: تأكد من أن تاريخ الصلاحية لا يزال ساريا	مليتر			مثل: 01/04/2021 - 2021 01 أبريل	