

Formulir pemeriksaan kesehatan awal untuk vaksin virus corona

*Silakan isi atau periksa kotak di dalam bingkai tebal

Alamat pada kartu penduduk	Prefektur	Kota		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。			
	Alamat						
Furigana		Telepon	()				
Nama			-				
Tanggal lahir	Tahun	Bulan	Tanggal ()	<input type="checkbox"/> pria <input type="checkbox"/> wanita	Suhu badan sebelum pemeriksaan	Derajat	
Pertanyaan					Kolom respons	Kolom diisi oleh dokter	
Apakah Anda pernah mendapat vaksin COVID-19? Jumlah vaksinasi (kali) Tanggal vaksinasi sebelumnya (TT/ BB/ HH) Jenis vaksin COVID-19 sebelumnya ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah kota, kelurahan, atau desa tempat Anda tinggal saat ini sama dengan kota, kelurahan, atau desa yang tertera pada kupon?					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Sudahkah Anda membaca "Petunjuk untuk vaksin virus corona" dan apakah Anda memahami efek dan efek samping yang merugikan?					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah saat ini Anda sedang menderita suatu penyakit dan sedang menerima perawatan atau pengobatan? Nama penyakit: <input type="checkbox"/> penyakit jantung <input type="checkbox"/> penyakit ginjal <input type="checkbox"/> penyakit hati <input type="checkbox"/> penyakit darah <input type="checkbox"/> penyakit yang membuat pendarahan sulit dihentikan <input type="checkbox"/> defisiensi imun <input type="checkbox"/> sindrom kebocoran kapiler <input type="checkbox"/> lainnya () Cara pengobatan: <input type="checkbox"/> obat pengencer darah () <input type="checkbox"/> lainnya ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda mengalami demam atau sakit dalam sebulan terakhir? Nama penyakit ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Adakah bagian tubuh Anda yang rasanya kurang sehat hari ini? Kondisi ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda pernah mengalami kejang (kejur)?					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Pernahkah Anda mengalami gejala alergi yang parah (seperti anafilaksis) akibat obat atau makanan? Obat atau makanan yang menyebabkan masalah ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda pernah sakit setelah mendapat vaksinasi? Jenis vaksin () Kondisi ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Adakah kemungkinan Anda sedang hamil (misalnya, menstruasi Anda lebih lambat dari yang diperkirakan)? Atau apakah Anda sedang menyusui?					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda pernah mendapat vaksin dalam dua minggu terakhir? Jenis vaksin () Tanggal suntikan vaksin ()					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda memiliki pertanyaan tentang vaksin hari ini?					<input type="checkbox"/> ya	<input type="checkbox"/> tidak	
Kolom diisi oleh dokter	Berdasarkan hasil pertanyaan dan pemeriksaan di atas, vaksin hari ini <input type="checkbox"/> dapat diberikan, <input type="checkbox"/> tidak dapat diberikan).				Tanda tangan dan cap dokter		
	Saya telah menjelaskan efek vaksin, efek samping, dan Sistem Bantuan untuk Cedera Kesehatan setelah pemberian Vaksinasi kepada pasien.						
Diisi fasilitas kesehatan	<input type="radio"/> Di luar jam kerja (pukul :) <input type="radio"/> Hari libur <input type="radio"/> Anak-anak (di bawah 6 tahun) <input type="radio"/> Cadangan 1 <input type="radio"/> Cadangan 2 * Arsir butir yang sesuai dengan warna hitam dan jangan sampai keluar dari bingkai.						
Formulir Permintaan Vaksinasi Virus Corona Setelah mendapat pemeriksaan kesehatan dan penjelasan dari dokter serta memahami efek dan efek samping dari vaksin tersebut, apakah Anda ingin menerima vaksin ini? <input type="checkbox"/> Saya ingin divaksinasi/ <input type="checkbox"/> Saya tidak ingin divaksinasi)							
Tujuan formulir pemeriksaan kesehatan awal ini adalah untuk memastikan keamanan vaksin. Saya memahami hal ini dan menyetujui formulir pemeriksaan kesehatan awal ini dikirimkan ke pemerintah daerah, Federasi Organisasi Asuransi Kesehatan Nasional Seluruh Jepang, dan Organisasi Asuransi Kesehatan Nasional.				Tanda tangan calon penerima vaksin atau walinya Tanggal: _____ (*Jika calon penerima vaksin tidak dapat menandatangani formulir sendiri, walinya harus menandatangani formulir tersebut, dan nama perwakilan serta hubungan dengan calon penerima vaksin harus disebutkan.) (*Untuk calon penerima yang berusia di bawah 16 tahun, formulir harus ditandatangani oleh wali; untuk perwalian orang dewasa, formulir harus ditandatangani oleh calon penerima itu sendiri atau wali orang dewasa.)			
Kolom diisi oleh dokter	Nama vaksin dan nomor identifikasi	Jumlah inokulasi	Lokasi vaksinasi, nama dokter, dan tanggal vaksinasi sesuai dengan kolom yang tersedia.		*Isilah kode institusi layanan kesehatan dan tanggal		
	Posisi stiker		Lokasi vaksinasi		Kode institusi layanan kesehatan		
	*Tempelkan dengan lurus bersama dengan bingkainya. (Catatan: Pastikan tanggal kedaluwarsa belum berlalu.)	ml	Nama dokter		Tanggal vaksinasi	*Contoh: 1 April, 2021 →2021/04/01	