

បែបបទត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របឋមសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩

*សូមបំពេញព័ត៌មាន ឬគូសសញ្ញាជិតក្នុងប្រអប់ ២ នៅក្នុងប្រអប់ដិត

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。

អាសយដ្ឋាន ក្នុងប័ណ្ណស្នាក់នៅ	កំបន់	ទីក្រុង			
អាសយដ្ឋាន					
អក្សរជន្ម	លេខ ទូរស័ព្ទ	()			
ឈ្មោះ					
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	ឆ្នាំ	ខែ	ថ្ងៃ	(អាយុ: ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី
				ស៊ីគុណភាពរាងកាយ មុនពេលពិនិត្យ	ដំប្រុក

សំណួរ	ចម្លើយ	ផ្នែកបំពេញដោយ វេជ្ជបណ្ឌិត
តើអ្នកធ្លាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩ដែរឬទេ? ចំនួនដងបានចាក់ (ដង) ថ្ងៃចាក់លើកមុន (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) ប្រភេទវ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩ដែលបានចាក់លើកមុន ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើរាងធានី ទីក្រុង ឬភូមិដែលអ្នករស់នៅសព្វថ្ងៃ ដូចគ្នាទៅនឹងរាងធានី ទីក្រុង ឬភូមិដែលបានសរសេរនៅលើ បង្កាន់ដៃទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកបានដឹងអំពីប្រសិទ្ធភាព និង ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងរបស់វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ បន្ទាប់ពីបានអាន "សេចក្តីណែនាំ អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩" រួច?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកកំពុងមានជំងឺ និងកំពុងទទួលការព្យាបាល ឬលេបថ្នាំព្យាបាលដែរឬទេ? ឈ្មោះជំងឺ: <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង <input type="checkbox"/> ជំងឺតម្រងនោម <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្អែម <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាម <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាមក្រកក/ឈាមរាវ <input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធភាពសុខុមាល័យ <input type="checkbox"/> ប្រដុំរោគសញ្ញាសរសៃឈាមឆ្មាររាងច្រាប <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ () លក្ខណៈនៃការព្យាបាល: <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្រះរាជានុវិទ្យា () <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺក្តៅខ្លួន ឬបានធ្លាក់ខ្លួនឈឺដែរឬទេ ឬកាលពីខែមុន? ឈ្មោះជំងឺ ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់អ្នកដែរឬទេ? ស្ថានភាព ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺប្រកាច់ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានរោគសញ្ញាអាឡាកហ្សឺធ្ងន់ធ្ងរ (ដូចជាប្រតិកម្មម្នាស់) ដោយសារការលេបថ្នាំ ឬអារម្មណ៍អាក្រក់ដែរឬទេ? ថ្នាំ ឬអារម្មណ៍ដែលបង្កឱ្យមានបញ្ហានេះ: ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់ធ្លាក់ខ្លួនឈឺ បន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេ? ប្រភេទវ៉ាក់សាំង () ស្ថានភាព ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកអាចនឹងកំពុងចាប់ផ្តើមមានផ្ទៃពោះ (ឧទាហរណ៍ រដូវមករា ឬយីកខុសធម្មតា)? ឬតើអ្នកកំពុងបំបៅដោះកូនដែរ ឬទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់បានចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេនៅក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍កន្លងទៅនេះ? ប្រភេទវ៉ាក់សាំង () កាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង ()	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងវ៉ាក់សាំងនៅថ្ងៃនេះទេ?	<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	

ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត	យោងតាមលទ្ធផលនៃ ការពិនិត្យខាងលើ វ៉ាក់សាំងថ្ងៃនេះគឺ (<input type="checkbox"/> អាចចាក់បាន <input type="checkbox"/> មិនអាចចាក់បាន)។ ខ្ញុំបានពន្យល់អំពីប្រសិទ្ធភាព ផលប៉ះពាល់ និង ប្រព័ន្ធជំនួយករណីរងផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពនៅក្នុងការ ចាក់វ៉ាក់សាំងទៅកាន់អ្នកជំងឺសព្វគ្រប់អស់ហើយ។	ហត្ថលេខា និងត្រាវេជ្ជបណ្ឌិត
ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ	០ ក្រៅម៉ោងធ្វើការងារ(ម៉ោងទទួល :) ០ ថ្ងៃឈប់សម្រាក ០ កុមារ(ក្រោម 6 ឆ្នាំ) ០ បុរេដ៏ ០ បុរេដ៏ ២ * នៅក្នុងចំណុចដែលត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌ សូមគូសដាក់ពណ៌ខ្មៅឱ្យពេញសញ្ញាសំគាល់កុំឱ្យហៀរចេញក្រៅ។	

បែបបទស្នើសុំវ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូវីដ១៩
បន្ទាប់ពីទទួលបានការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ និងការពន្យល់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងបានដឹងអំពីប្រសិទ្ធភាព ផលប៉ះពាល់របស់វ៉ាក់សាំងរួចហើយ តើអ្នកចង់ចាក់ វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ? (ខ្ញុំចង់ចាក់វ៉ាក់សាំង / ខ្ញុំមិនចង់ចាក់វ៉ាក់សាំងទេ)

គោលបំណងនៃបែបបទពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របឋមនេះ គឺដើម្បីធានា សុវត្ថិភាពនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង។
ខ្ញុំដឹង និងបានយល់ស្របឱ្យដាក់បែបបទពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របឋមនេះ ជូនទៅសាលាក្រុង សហព័ន្ធស្ថាប័នធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិជប៉ុន ទាំងអស់ និងស្ថាប័នធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ។

ហត្ថលេខាអ្នក ទទួលវ៉ាក់សាំង ឬ អាណាព្យាបាល
កាលបរិច្ឆេទ:
(*ប្រសិនបើអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងមិនអាចចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនោះដោយខ្លួនឯងបាន នោះអ្នកកំណត់ត្រាត្រូវចុះហត្ថលេខាលើ បែបបទនោះ ហើយឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងរបស់កំណត់ត្រាត្រូវមានសរសេរលើបញ្ជាក់។)
(*ក្នុងករណីបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 16 ឆ្នាំ បែបបទនោះត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយអាណាព្យាបាល ហើយប្រសិនបើក្នុងករណី បុគ្គលស្លឹកក្រោមការថែទាំ បែបបទនោះត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលនោះ ឬអាណាព្យាបាលរបស់បុគ្គលនោះ។)

វេជ្ជបណ្ឌិត វេជ្ជបណ្ឌិត វេជ្ជបណ្ឌិត	ឈ្មោះវ៉ាក់សាំង និងលេខខ្សែក	ចំនួនថ្នាំវ៉ាក់សាំង	ទីកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង *សូមបំពេញលេខកូដមន្ទីរពេទ្យ និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីឱ្យត្រូវទៅតាមផ្នែក
	ទីកន្លែង បិទកែប		ទីកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង
	*បិទឱ្យត្រូវក្នុងស៊ុមនេះ (សម្គាល់: ត្រូវប្រាកដថាមិនទាន់ហួសកាលបរិច្ឆេទកំណត់ មល.		ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត