

Form ng paunang medikal na pagsusuri para sa bakuna sa coronavirus

*Mangyaring punan o lagyan ng tsek ang kahon sa loob ng naka-bold na frame.

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。

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Adres sa resident card | Prepektura | Lungsod | |
| | Adres | | |
| Furigana | | Telepono | () |
| Pangalan | | | |
| Araw ng kapanganakan | Taon | Buwan | Araw () |
| | | Taong gulang) | <input type="checkbox"/> lalaki <input type="checkbox"/> babae |
| | | | Temperatura ng katawan bago ang pagsusuri |
| | | | Degrees |
| Tanong | | | Patlang para sa sagot |
| Patlang na pinunan ng doktor | | | |
| Tatanggap ka ba ng bakuna sa unang pagkakataon? (Kung ikaw ay nabakunahan na dati, petsa ng unang pagkakataon: Buwan/ Araw, petsa ng pangalawang pagkakataon: Buwan/ Araw) | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Pareho ba ang lungsod, bayan, o nayon kung saan ka kasalukuyang naninirahan sa lungsod, bayan, o nayon na nakasaad sa kupon? | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Nabasa mo na ba ang "Mga tagubilin para sa bakuna sa coronavirus" at naiintindihan mo ba ang mga epekto at masamang epekto nito? | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Kabilang ka ba sa isa sa mga target groups na may mataas na prioridad para sa bakunang ito? <input type="checkbox"/> Tauhang medikal, atbp. <input type="checkbox"/> 65 taong gulang o higit pa <input type="checkbox"/> 60 hanggang 64 taong gulang <input type="checkbox"/> Manggagawa sa pasilidad para sa mga senior citizen, atbp. <input type="checkbox"/> May kronikong sakit (pangalan ng sakit:) | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Ikaw ba ay kasalukuyang nakakaranas ng anumang uri ng karamdaman at tumatanggap ng paggamot o gamot? Pangalan ng sakit: <input type="checkbox"/> sakit sa puso <input type="checkbox"/> sakit sa bato <input type="checkbox"/> sakit sa atay <input type="checkbox"/> sakit sa dugo <input type="checkbox"/> sakit na nagpapahirap itigil ang pagdurugo <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> iba pa () Paraan ng paggamot: <input type="checkbox"/> gamot na nagpapanipis ng dugo () <input type="checkbox"/> iba pa () | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Nilagnat o nagkasakit ka ba sa nakaraang buwan? Pangalan ng sakit () | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Mayroon bang bahagi ng iyong katawan na hindi maganda ang pakiramdam ngayon? Kundisyon () | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Naranasan mo bang magkaroon ng kombulsyon (seizure)? | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Nakaranas ka ba ng malubhang sintomas ng allergy (tulad ng anaphylaxis) mula sa gamot o pagkain? Gamot o pagkain na sanhi ng problema () | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Nagkaroon ka ba ng sakit matapos makatanggap ng bakuna? Uri ng bakuna () Kundisyon () | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Mayroon bang posibilidad na ikaw ay kasalukuyang buntis (halimbawa, ang iyong regla ay huli kaysainasahan)? O nagpapasuso ka ba? | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Nagbabakuna ka ba sa loob ng nakaraang dalawang linggo? Uri ng bakuna () Petsa ng bakuna () | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Mayroon ka bang mga katanungan ukol sa bakuna ngayon? | | | <input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi |
| Patlang na pinunan ng doktor | Bilang resulta ng mga katanungan sa itaas at pagsusuri, ang bakuna ay (<input type="checkbox"/> posible, <input type="checkbox"/> hindi posible) sa araw na ito. Ipinaliwanag ko sa pasyente ang mga epekto ng bakuna, masamang epekto, at ang Relief System for Injury to Health with Vaccination. | | Pirma at tatak ng doktor |
| | <input type="checkbox"/> Ang taong babakunahan ay wala pang anim na taong gulang (punan kung naaangkop) | | |
| Request Form para sa Pagbabakuna sa Coronavirus Pagkatapos tumanggap ng medikal na pagsusuri at paliwanag mula sa doktor at matapos maunawaan ang epekto at masamang epekto ng bakuna, nais mo bang tumanggap ng bakunang ito? (<input type="checkbox"/> Nais kong magbabakuna / <input type="checkbox"/> Hindi ko nais magbabakuna) Ang layunin ng form sa paunang medikal na pagsusuri ay upang tiyakin ang kaligtasan ng bakuna. Naiintindihan ko ito at pumapayag na isumite ang form ng paunang medikal na pagsusuri na ito sa pamahalaang munisipal, All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations, at National Health Insurance Organization. | | | |
| | | Pirma ng nabakunahang tao o ng kanilang tagapag-alaga Petsa: (*Kung hindi magawang pumirma ng mismong taong babakunahan, isang kinatawan ang dapat pumirma ng form, at dapat nakasaad ang pangalan ng kinatawan at relasyon nito sa taong babakunahan.) (*Sa kaso ng taong wala pang 16 taong gulang, ang form ay dapat pirmahan ng guardian; sa kaso ng adult ward, dapat pirmahan ng mismong tao ang form, o ng guardian na may sapat na gulang.) | |
| Patlang na pinunan ng doktor | Pangalan ng bakuna at lot number | Dami ng bakuna | Lokasyon ng pagbabakuna, pangalan ng doktor, at petsa ng pagbabakuna |
| | Posisyon ng Selyo | | Lokasyon ng pagbabakuna |
| | *Idikit ito nang tuwid sa kahabaan ng frame. (Tandaan: Tiyaking hindi pa napaso ang expiration date.) | ml | Pangalan ng doktor |