

แบบฟอร์มตรวจสอบสภาพเบื้องต้นสำหรับวัคซีนไวรัสโคโรนา

*โปรดกรอกในแบบฟอร์มหรือทำเครื่องหมาย ในกล่องทำเครื่องหมาย

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。

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวผู้พำนัก	จังหวัด	เมือง			
ที่อยู่					
ชื่อ	โทรศัพท์	()			
วันเดือนปีเกิด	ปี	เดือน	วัน	()	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
คำถาม			ช่องคำตอบ	ช่องสำหรับแพทย์	
คุณรับวัคซีนไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรกหรือไม่ (หากเคยรับการฉีดวัคซีนมาก่อน โปรดระบุวันที่ฉีดครั้งแรก: ดต/ ว, วันที่ฉีดครั้งที่สอง: ดต/ ว)			<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ในเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านตามบัตรประจำตัวผู้พำนักของคุณเป็นเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านที่ระบุไว้บนคู่มือหรือไม่			<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยอ่าน "คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา" หรือไม่ และคุณเข้าใจถึงผลลัพธ์และผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์หรือไม่			<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเข้าข่ายหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับวัคซีนนี้ก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ <input type="checkbox"/> ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> ผู้ที่มีอายุ 60 - 64 ปี <input type="checkbox"/> ผู้ที่ทำงานที่สถานดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ <input type="checkbox"/> ผู้มีโรคประจำตัว (ชื่อโรค:)			<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปัจจุบัน คุณมีอาการป่วยและได้รับการรักษาหรือยาอยู่หรือไม่ 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"/> อื่นๆ () ลักษณะของการรักษา: <input type="checkbox"/> ยาฉีดทางเลือด () <input type="checkbox"/> อื่นๆ ()			<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
แพทย์ที่รักษาโรคของคุณได้บอกว่าคุณสามารถรับการฉีดวัคซีนในวันนี้ได้หรือไม่			<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	เมื่อพิจารณาจากผลลัพธ์ของคำถามด้านบนและการตรวจสอบสภาพ ฉีดวัคซีน (<input type="checkbox"/> ได้, <input type="checkbox"/> ไม่ได้) ในวันนี้ ข้าพเจ้าได้อธิบายผลลัพธ์ของวัคซีน ผลข้างเคียง และระบบบรรเทาความเดือดร้อนจากความเสียหายต่อสุขภาพจากการฉีดวัคซีนให้กับคนไข้แล้ว <input type="checkbox"/> บุคคลที่จะรับการฉีดวัคซีนมีอายุต่ำกว่า 6 ปี (โปรดกรอกหากเกี่ยวข้อง)			ลายมือชื่อและตราประทับของแพทย์	
แบบฟอร์มขอรับการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา หลังจากการตรวจสอบสภาพและคำอธิบายจากแพทย์ รวมทั้งทำความเข้าใจผลลัพธ์และผลข้างเคียงของวัคซีนแล้ว คุณต้องการที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือไม่ (<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าต้องการรับการฉีดวัคซีน/ <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน) แบบฟอร์มการตรวจสอบสภาพเบื้องต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัยของวัคซีน ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้ส่งแบบฟอร์มการตรวจสอบสภาพเบื้องต้นนี้ให้แก่เทศบาลเมือง สหพันธ์องค์การประกันสุขภาพแห่งชาติของญี่ปุ่นทั้งหมด และองค์การประกันสุขภาพแห่งชาติ					
ผู้แทนของผู้ฉีด	ชื่อของวัคซีนและหมายเลขการ	ปริมาณการฉีด	สถานที่ที่ฉีดวัคซีน, ชื่อแพทย์ และวันที่ฉีดวัคซีน		
	ตำแหน่งแปะสติ๊กเกอร์		รหัสสถาบันทางการแพทย์		
	*แปะให้ตรงกับกรอบ (หมายเหตุ: ตรวจสอบให้แน่ใจว่ายังไม่หมด)	ml	ชื่อแพทย์	วันที่ฉีดวัคซีน	*ตัวอย่าง: 1 เมษายน 2021 →