

**【ตัวอย่างการเขียนแบบฟอร์มตรวจสุขภาพเบื้องต้นเพื่อรับวัคซีนโควิด-19】** หากกังวลใจในอาการของตนเองขณะเขียน โปรดปรึกษาแพทย์ที่พบประจำก่อน

คำเตือน : **ไม่สามารถใช้แบบฟอร์มภาษาไทยในการยื่นรับวัคซีนได้** โปรดใช้เอกสารภาษาไทยเป็นตัวเทียบแปลต้นฉบับ แล้วเขียนลงในเอกสารภาษาญี่ปุ่นก่อนนำส่งเจ้าหน้าที่

**แบบฟอร์มตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับวัคซีนไวรัสโคโรนา**  
\*โปรดกรอกในแบบฟอร์มหรือทำเครื่องหมาย  ในกล่องทำเครื่องหมาย

ที่อยู่ตามบัตรประจำตัวผู้พำนัก	จังหวัด	มีเอะ	เมือง	ชิมะ
ที่อยู่				
ชื่อ			โทรศัพท์	( ) ( )
วันเดือนปีเกิด	19	ปี	เดือน	วัน (อายุเต็ม ปี) <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง

**อย่าแกะสติ๊กเกอร์ปิดฉีดวัคซีน และโปรดนำมาในวันฉีดด้วย**

อุณหภูมิร่างกายก่อนตรวจสุขภาพ	(ตัวอย่าง 36.3 องศา 36 度 3分)	
คำถาม	ช่องคำตอบ	ช่องสำหรับแพทย์
คุณรับวัคซีนไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรกหรือไม่ (หากเคยรับการฉีดวัคซีนมาก่อน โปรดระบุวันที่ฉีดครั้งแรก: 日/ 月/ 年, วันที่ฉีดครั้งที่สอง: 日/ 月/ 年)	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ในเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านตามบัตรประจำตัวผู้พำนักของคุณเป็นเมือง ตำบล หรือหมู่บ้านที่ระบุไว้บนฉลากหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยอ่าน "คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา" หรือไม่ และคุณเข้าใจถึงผลลัพธ์และผลข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเข้าข่ายหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับวัคซีนนี้หรือไม่ <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 คุณมีอาการป่วยและรับการรักษาหรือยาอยู่หรือไม่ 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"/> ยาฉีดฉางเลือด ( ) <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	
มีสภาวะใดของร่างกายที่คุณรู้สึกไม่สบายในวันนี้หรือไม่ อาการ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
คุณเคยมีอาการชกกระตุก (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	<b>ไม่ต้องเขียนในช่องนี้</b>	

**แบบฟอร์มขอรับการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา**  
หลังจากอ่านเอกสารตรวจสุขภาพและตัวอย่างแบบฟอร์มเรียบร้อยแล้ว กรุณาแจ้งความเข้าใจในผลลัพธ์และผลข้างเคียงของวัคซีนแล้ว คุณต้องการที่จะรับการฉีดวัคซีนหรือไม่  
( ข้าพเจ้าต้องการรับการฉีดวัคซีน/  ข้าพเจ้าไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน)

ลายมือชื่อผู้รับการฉีดวัคซีน

ชื่อของวัคซีนและหมายเลขการ ปริมาณการฉีด สถานที่ที่ฉีดวัคซีน, ชื่อแพทย์ และวันที่ฉีดวัคซีน

**ไม่ต้องเขียนในช่องนี้**

กรุณาตรวจสอบที่อยู่และวันเดือนปีเกิดที่อยู่ใน "บัตรรับรองการฉีดวัคซีน" (มุมขวาล่างของบัตรฉีดวัคซีน) ก่อนเขียนข้อมูล  
โปรดเขียนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, วันเดือนปีเกิดเป็นปี ค.ศ. และเขียนอายุจริงในวันที่รับวัคซีน

ช่องคำตอบ "ใช่-ไม่ใช่" โปรดเขียน  ลงในช่องที่ตรงกัน

โปรดอ่าน "คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19" ที่แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มตรวจสุขภาพนี้ด้วย

หากท่านอยู่ระหว่างรับการรักษา(หรือรับยา) จะต้องปรึกษาแพทย์ประจำที่รักษาโรคก่อนเสมอ

ในกรณีที่ตอบ "ไม่" อาจไม่สามารถรับการฉีดวัคซีนได้ตามการวินิจฉัย

หากไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการแพ้ โปรดปรึกษาแพทย์ที่รักษาประจำหรือร้านขายยาใกล้บ้าน

โปรดเขียน  ลงในช่อง "ต้องการรับการฉีดวัคซีน" (接種を希望します)

กรุณาลายมือชื่อยินยอม หากไม่สามารถเขียนชื่อเองได้ ให้ผู้เขียนแทนเป็นผู้ลงลายมือชื่อให้ แล้วเขียนชื่อนามสกุลผู้เขียนแทนและความสัมพันธ์ในพื้นที่ว่าง

**★ กรุณาตรวจสอบอีกครั้งว่าเขียนครบถ้วนหรือไม่**