

ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับวัคซีนโควิด-19

ในวันนัดรับวัคซีน โปรดอย่าลืมนำเอกสารฉบับนี้และ  
แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น(ฉบับภาษาญี่ปุ่น) ไปด้วย

ฉบับแปลภาษา  
ไทยใช้สำหรับ  
อ้างอิงเท่านั้น  
โปรดใช้ฉบับ  
ภาษาญี่ปุ่น

**เอกสารฉบับนี้ใช้เป็นหลักฐานแสดงการฉีดเข็ม 3 โปรดรักษาไว้ให้ดี**

**新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証 (臨時接種)**

## **Certificate of Vaccination for COVID-19**

หมายเลขบัตรฉีดวัคซีน :

เข็ม 3	ผู้ผลิต/เลขลือท (ติดสติ๊กเกอร์)	ชื่อ		
วันที่ฉีด		ที่อยู่		
ปี				
เดือน		วัน	วันเกิด	
สถานที่ฉีด				

**บันทึกการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็ม 1 และเข็ม 2**

	เข็ม 1	เข็ม 2
วันที่ฉีด		
ผู้ผลิต		
เลขลือท		
สถานที่ฉีด		

※ บันทึกในส่วนที่มี\* เป็นข้อมูลที่ได้มาจากใบรับรองหรือบันทึกอื่นๆที่ออกโดยผู้ผลิตวัคซีนแต่ละชนิด

# แบบฟอร์มตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับวัคซีนโควิด-19 (เข็ม 3)

\*โปรดกรอกในแบบฟอร์มหรือทำเครื่องหมาย  ในกล่องเครื่องหมาย

ที่อยู่ตาม จุมินเฮียว	จังหวัด		เมือง	ไม่สามารถเขียน ภาษาไทยนี้ได้ ต้องเขียน คำตอบลงในฉบับ ภาษาญี่ปุ่นเท่านั้น
พริกาณะ ชื่อ	หมายเลข โทรศัพท์			
วันเดือนปีเกิด (ปี ค.ศ.)	___(ปี)_(เดือน)_(วัน) (อายุ ___ ปี)	<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	วัดอุณหภูมิก่อนตรวจ	

คำถาม	ช่องคำตอบ		ช่องสำหรับ แพทย์
เคยรับการฉีดวัคซีนมาก่อนหรือไม่? วันที่รับวัคซีน (เข็มที่ 1 : __ (ป) __ (ด) __ (ว), เข็มที่ 2 : __ (ป) __ (ด) __ (ว)) ชนิดวัคซีน ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เมือง/ตำบล/อำเภอที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน ตรงกับที่ปรากฏบนบัตรฉีดวัคซีนหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ได้อ่าน "คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19" แล้ว และรับทราบถึงผลลัพธ์และผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์แล้วใช่หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปัจจุบัน มีอาการป่วยและได้รับการรักษาหรือรับยาอยู่หรือไม่? 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"/> โรคเส้นเลือดฝอยรั่ว <input type="checkbox"/> โรคอื่น ( ) ลักษณะการรักษา : <input type="checkbox"/> ยาเจาะจงเลือด ( ) <input type="checkbox"/> อื่นๆ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีไข้หรือป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? ชื่อโรค ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีส่วนใดของร่างกายที่รู้สึกไม่ปกติหรือไม่สบายวันนี้หรือไม่? อาการ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เคยมีอาการชักกระตุก (อาการชัก) หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เคยมีอาการแพ้รุนแรง (เช่น อาการแพ้รุนแรงเฉียบพลัน(anaphylaxis)) จากยาหรืออาหารหรือไม่? ยาหรืออาหารที่ทำให้เกิดอาการ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เคยป่วยหลังจากรับการฉีดวัคซีนหรือไม่? ชนิดวัคซีน ( ) อาการ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีความเป็นไปได้ที่จะกำลังตั้งครรภ์อยู่ (เช่น ประจำเดือนมาช้ากว่าปกติ) หรืออยู่ในการช่วงการให้นมบุตรหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ได้รับวัคซีนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่? ชนิดวัคซีน ( ) วันที่รับวัคซีน ( )	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
มีคำถามเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนวันนี้หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

ช่องสำหรับแพทย์	เมื่อพิจารณาจากคำตอบของคำถามด้านบนและการตรวจสุขภาพแล้ว มีความเห็นว่าการ รับการฉีดวัคซีนในวันนี้ ( <input type="checkbox"/> กระทำได้ <input type="checkbox"/> กระทำไม่ได้) โดยข้าพเจ้าได้อธิบายถึงผลลัพธ์ ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์และระบบบรรเทาความ เดือดร้อนจากความเสียหายทางสุขภาพจากการฉีดวัคซีนให้คนไข้รับทราบแล้ว	ลายมือชื่อ และตราประทับของแพทย์
-----------------	---	------------------------------------

ช่องสำหรับสถานพยาบาล	
----------------------	--

## แบบฟอร์มขอรับการฉีดวัคซีนโควิด-19

หลังจากรับการตรวจสุขภาพ ฟังคำอธิบายจากแพทย์และเข้าใจถึง  
ผลลัพธ์และผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์แล้ว คุณต้องการรับการฉีด  
วัคซีนหรือไม่

ต้องการรับการฉีดวัคซีน  ไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน  
 接種を希望します 接種を希望しません

แบบฟอร์มการตรวจสุขภาพฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้  
มั่นใจถึงความปลอดภัยของวัคซีน  
ข้าพเจ้าเข้าใจและยินยอมให้ส่งแบบฟอร์มตรวจสุขภาพ  
ฉบับนี้แก่เทศบาลหมู่บ้าน/ตำบล/เมือง สหพันธ์องค์กร  
ประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การประกันสุขภาพ

วันที่ : \_\_\_ (ป) / \_\_\_ (ด) / \_\_\_ (ว) ลายมือชื่อผู้รับวัคซีน  
หรือผู้ปกครอง

(\* หากผู้รับวัคซีนไม่สามารถลงชื่อในแบบฟอร์มได้ด้วยตนเอง ผู้แทนจะต้องลงชื่อในแบบฟอร์มพร้อม  
ทั้งระบุชื่อผู้แทนและความสัมพันธ์กับผู้รับวัคซีน )  
(\* ในกรณีของบุคคลที่อายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้ปกครองจะต้องเป็นผู้ลงลายมือชื่อ ในกรณีของผู้อนุนบาล  
บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ผู้รับวัคซีนลงชื่อด้วยตนเองหรือโดยผู้อนุนบาล)

ช่องสำหรับแพทย์	ชื่อวัคซีนและหมายเลขล็อต	ปริมาณที่ฉีด	สถานที่ฉีด - ชื่อแพทย์ - วันเดือนปีที่ฉีด	*โปรดเขียนรหัสสถานพยาบาลและวันที่ฉีดลงในช่อง
	(ติดสติ๊กเกอร์)	□.□□ ml	สถานที่ฉีด	รหัสสถานพยาบาล
	*ติดให้ตรงกรอบ		ชื่อแพทย์ผู้ฉีด	วันที่ฉีด *ตัวอย่าง : April 1, 2021 → 2021/04/01
(ระวัง) ต้องตรวจสอบว่ายังไม่หมดอายุ			2 0 2 Y M D	