

Formulir Pemeriksaan Awal untuk Vaksin Covid-19.

※Isi atau tulis tanda centang☑di dalam kotak bingkai tebal.

※左隅に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

Alamat sesuai dengan surat kependudukan.	Prefektur		kota	
Furigana	()			
Nama	Nomor telepon	-		
Tanggal lahir (Tahun)	□□□□ Tahun	□□ Bulan	□□ Tanggal	(□□□□ Usia)
	□ Pria • □ Wanita		Suhu badan sebelum pemeriksaan	□□□□ derajat

Pertanyaan	Kolom jawaban		医師記入欄
Apakah ini pertamakalinya Anda menerima vaksinasi COVID-19? (Jika sebelumnya pernah menerima vaksin COVID-19. Pertama kali : Bulan Tanggal ,Kedua kali : Bulan Tanggal)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah tempat tinggal Anda yang terdaftar di surat kependudukan sama dengan yang tertera di kupon?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah Anda membaca [Keterangan Vaksin Covid-19] dan memahami tentang efektivitas dan efek samping ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah Anda termasuk grup prioritas untuk menerima vaksin in? <input type="checkbox"/> Tenaga medis dan lainnya <input type="checkbox"/> Berusia lebih dari 65 tahun <input type="checkbox"/> Berusia 60-64 tahun <input type="checkbox"/> Pekerja di panti jompo dan lainnya. <input type="checkbox"/> Mempunyai penyakit bawaan (Nama penyakit :)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah saat ini mengidap penyakit atau menjalani pengobatan (minum obat) ? Nama penyakit : <input type="checkbox"/> Sakit jantung <input type="checkbox"/> Sakit Ginjal <input type="checkbox"/> Sakit lever <input type="checkbox"/> Penyakit kelainan darah. <input type="checkbox"/> Pekerja di panti jompo dan lainnya. <input type="checkbox"/> Defisiensi imun <input type="checkbox"/> Lainnya () Pengobatan : <input type="checkbox"/> Obat pengencer darah () <input type="checkbox"/> Lainnya ()	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah dokter Anda yang menangani penyakit tersebut mengatakan Anda boleh menerima vaksin hari ini?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah dalam 1 bulan ini Anda mengalami demam atau sakit? Nama penyakit ()	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah ada bagian tubuh Anda yang kurang sehat hari ini? Gejala ()	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah pernah mengalami kejang?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah pernah mengalami alergi yang berat (Anafilaksis dan lainnya) karena obat atau makanan dan lainnya? Obat, makanan dan lainnya yang menjadi penyebab ()	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah hingga saat ini setelah menerima vaksinasi, Anda pernah menjadi sakit? Jenis() Gejala ()	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah saat ini ada kemungkinan sedang datang bulan (datang bulannya terlambat atau lainnya), atau sedang menyusui?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah dalam 2 minggu ini pernah menerima vaksin? Jenis() Tanggal menerima (vaksin)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah ada pertanyaan tentang vaksinasi hari ini?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

Kolom Pengisian Dokter	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医師署名又は記名押印
	本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	

Formulir Permohonan Vaksin Covid-19

Apakah setelah mendapat pemeriksaan dan penjelasan dari dokter tentang efektivitas dan efek samping, ingin menerima pemberian vaksin? (Ingin menerima vaksin • Tidak ingin menerima vaksin)

Formulir pemeriksaan awal digunakan untuk menjaga keamanan vaksin.
Saya memahami hal tersebut dan menyetujui formulir pemeriksaan awal kesehatan ini diserahkan ke pemerintah daerah setempat, Federasi Organisasi Asuransi Kesehatan Nasional dan Persatuan Organisasi Asuransi Kesehatan

Tanda tangan penerima vaksin _____
(※Untuk calon penerima vaksin tidak bisa menandatangani sendiri maka walinya menandatangani dan menulis nama beserta hubungannya dengan calon penerima vaksin.)
(※Untuk calon penerima vaksin yang belum dewasa maka bisa ditandatangani oleh calon penerima itu sendiri atau walinya

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置	□ . □ ml	実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
		202□年 □□月 □□日		