

ใบตรวจเบื้องต้นสำหรับการฉีดวัคซีนโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

※ กรุณากรอกข้อมูลหรือทำเครื่องหมายในช่องกรอบหนา

※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)

ที่อยู่ ที่ระบุไว้ใน ทะเบียน ถิ่นที่อยู่	จังหวัด		เทศบาล, อำเภอ	
คาตาคานะ	หมาย เลข	()		
ชื่อ	โทรศัพท์	-		
ว.ด.ป.ปีเกิด (ค.ศ.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ปี	เกิด	<input type="text"/> <input type="text"/> เดือน	<input type="text"/> <input type="text"/> วัน
	(อายุ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ปี)	<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> ผู้หญิง
	อุณหภูมิร่างกายก่อนตรวจ		<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> °C	

คำถามข้อสงสัย	ช่องคำตอบ		医師記入欄
นี่เป็นครั้งแรกของการได้รับการฉีดวัคซีนโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ใช่หรือไม่? (หากเคยฉีดวัคซีน ครั้งที่ 1: เดือน _____ วันที่ _____, ครั้งที่ 2: เดือน _____ วันที่ _____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
เทศบาลอำเภอที่อยู่ในทะเบียนถิ่นที่อยู่กับเทศบาลอำเภอที่ระบุในบัตรคู่มือตรงกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านได้อ่าน "เอกสารอธิบายการฉีดวัคซีนโคโรนาสายพันธุ์ใหม่" แล้วทำความเข้าใจผลกระทบและปฏิกิริยาข้างเคียงแล้วหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการฉีดวัคซีนเป็นอันดับแรกใช่หรือไม่? <input type="checkbox"/> บุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ <input type="checkbox"/> อายุ 65 ปีขึ้นไป <input type="checkbox"/> อายุ 60-64 ปี <input type="checkbox"/> คนงานในสถานดูแลสำหรับผู้สูงอายุ ฯลฯ <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว (ชื่อโรค: _____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปัจจุบัน, ท่านมีโรคและกำลังรับการรักษา (กินยา ฯลฯ) สำหรับอาการป่วยหรือไม่? ชื่อโรค: <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> เลือดหยุดยาก <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันบกพร่อง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (_____) วิธีการรักษา: <input type="checkbox"/> ยาทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี (_____) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (_____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแลอาการป่วยว่าวันนี้สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านมีไข้หรือเจ็บป่วยภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? ชื่อโรค (_____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
วันนี้ ท่านรู้สึกมีอาการไม่สบายอะไรหรือไม่? อาการ (_____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านเคยมีอาการชักหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านเคยมีอาการแพ้หรืออาหาร, มีอาการแพ้อย่างรุนแรง (anaphylaxis ฯลฯ) หรือไม่? สาเหตุการแพ้ ชื่อยา, อาหาร (_____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านเคยฉีดวัคซีนแล้วมีอาการแพ้หรือไม่? ชนิดวัคซีน (_____) อาการ (_____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ปัจจุบันท่านอาจจะกำลังตั้งครรภ์ (เช่นประจำเดือนมาช้ากว่ากำหนด)? หรือกำลังให้นมบุตรใช่หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านได้รับการฉีดวัคซีนภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่? ชนิดวัคซีน (_____) วันที่ฉีด (_____)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
ท่านมีคำถามเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนในวันนี้หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

医師記入欄	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。	

แบบฟอร์มขอฉีดวัคซีนโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

ท่านมีความจำนงค์รับการฉีดวัคซีนหลังจากปรึกษาและฟังอธิบายจากแพทย์และทำความเข้าใจผล (ต้องการรับการฉีดวัคซีน ・ ไม่ต้องการรับการฉีดวัคซีน) และปฏิกิริยาข้างเคียงแล้วหรือไม่?

ใบตรวจเบื้องต้นนี้ เพื่อยืนยันและรักษาความปลอดภัยในการฉีดวัคซีน

รับทราบและตกลงที่จะส่งใบตรวจเบื้องต้นให้เทศบาลและสมาคมกลาง

ประกันสุขภาพแห่งชาติ, รวมทั้งสมาชิกต้องกรอกประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี _____ เดือน _____ วัน _____ ผู้รับการฉีดวัคซีน
ลงนาม _____

(※หากท่านไม่สามารถลงนามด้วยตนเองได้ ให้ตัวแทนลงชื่อ, และระบุความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการฉีดวัคซีน)
(※ กรณีผู้รับการฉีดวัคซีนที่ไม่สามารถกระทำการด้วยตนเองได้, ให้ตัวแทนลงชื่อ)

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	<input type="text"/> . <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	