

Phiếu khám sơ bộ trước khi tiêm vắc xin ngừa COVID-19

※Điền hoặc đánh dấu tích vào khung in đậm.

※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)

Địa chỉ được ghi trên Phiếu công dân	Đô Đạo Phủ Tỉnh	Thành phố Quận Thị trấn Xã
Phiên âm	Số điện thoại ()	()
Họ và tên		
Ngày tháng năm sinh (Lịch tây)	Năm tháng ngày (Tròn tuổi)	<input type="checkbox"/> Nam • <input type="checkbox"/> Nữ
		Nhiệt độ cơ thể trước khi khám () độ

Phần câu hỏi	Phần câu trả lời	医師記入欄
Đây có phải là lần đầu tiên bạn tiêm vắc xin phòng COVID-19 không? (Trường hợp đã từng tiêm rồi Lần 1: ngày tháng, Lần 2: ngày tháng)	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Địa chỉ ghi trong Phiếu công dân của bạn hiện nay có giống với địa chỉ ghi trong Phiếu tiêm phòng không?	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn đã đọc tài liệu "Hướng dẫn về vắc xin phòng COVID-19" và đã hiểu rõ tác dụng cũng như phản ứng phụ của nó chưa?	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn có thuộc nhóm đối tượng được ưu tiên tiêm phòng không? <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế <input type="checkbox"/> Người trên 65 tuổi <input type="checkbox"/> Người từ 60-64 tuổi <input type="checkbox"/> Người làm việc trong các cơ sở chăm sóc người già <input type="checkbox"/> Người có bệnh lý nền (Tên bệnh:)	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Hiện tại bạn có đang bị bệnh và được điều trị y tế (ví dụ như dùng thuốc, v.v.) không? Tên bệnh: <input type="checkbox"/> Suy giảm miễn dịch <input type="checkbox"/> Bệnh thận <input type="checkbox"/> Bệnh gan <input type="checkbox"/> Bệnh về máu <input type="checkbox"/> Máu khó đông <input type="checkbox"/> Suy giảm miễn dịch <input type="checkbox"/> Khác () Nội dung chữa trị: <input type="checkbox"/> Thuốc giúp máu dễ lưu thông () <input type="checkbox"/> Khác ()	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bác sĩ điều trị của bạn có đồng ý cho bạn tiêm phòng hôm nay không?	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Trong một tháng gần đây bạn có bị sốt hay mắc bệnh gì không? Tên bệnh ()	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Hôm nay bạn có gặp vấn đề gì về sức khỏe không? Tên bệnh ()	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn đã từng bị co giật chưa?	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn đã bao giờ bị các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng (như sốc phản vệ, v.v.) với thuốc hoặc thực phẩm chưa? Tên thuốc hoặc thực phẩm gây dị ứng ()	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn đã bao giờ cảm thấy không khỏe sau khi tiêm phòng chưa? Loại() triệu chứng ()	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn có khả năng đang mang thai (chẳng hạn như kinh nguyệt của bạn bị chậm hơn so với dự kiến, v.v.)? Hay bạn có đang cho con bú không?	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Trong 2 tuần gần đây bạn có tiêm phòng gì không? Loại() Ngày tiêm ()	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	
Bạn có câu hỏi gì về việc tiêm phòng hôm nay không?	<input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa	

Phần ghi của bác sỹ	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。	

Giấy đồng ý tiêm vắc xin phòng COVID-19

Bạn có muốn tiêm vắc xin sau khi đã được bác sỹ tư vấn, giải thích và hiểu rõ tác dụng của việc tiêm phòng cũng như phản ứng phụ không? (Tôi đồng ý ・ Tôi không đồng ý)

Phiếu khám sơ bộ này có tác dụng đảm bảo an toàn cho việc tiêm phòng.

Với nhận thức đó, tôi đồng ý nộp phiếu khám này cho chính quyền địa phương, Trung ương Hội Bảo hiểm Y tế quốc dân và Hiệp hội Bảo hiểm Y tế quốc dân.

Ngày tháng năm Chữ ký của người được tiêm phòng

(※Trường hợp người được tiêm phòng không thể tự ký thì người viết thay ký tên, ghi rõ họ tên cũng như mối quan hệ với người được tiêm phòng.)
(※Trường hợp người được tiêm phòng là người được giám hộ thì cần chữ ký của bản thân người được tiêm hoặc người giám hộ.)

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		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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日