

नोभल कोरोनाभाइरस खोपको लागि प्रारम्भिक चिकित्सा जाँच फारम (बुस्टर डोज खोपको लागि)

* कृपया कोठाभित्र भर्नुहोस् वा रेजा लगाउनुहोस्

ठेगाना (बसोबास कार्डमा भएको) प्रिफेक्चर शहर				注意 本予診票を用いて請求を行うことはできません。 日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。				
ठेगाना फुरिगाना नाम		टेलि फोन ()						
जन्म मिति	साल महिना दिन	() वर्ष	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला				परीक्षण अघि शरीरको तापक्रम	डिग्री
प्रश्न			प्रतिक्रिया		डाक्टरले भनें ठाउँ			
नोभल कोरोना भाइरसको खोप लिनुभएको छ ? (यदि पहिलो लगाइएको छ भने, पहिलो पटकको मिति: महिना/दिन,दिसो पटकको मिति: महिना/दिन लिनुभएको खोप ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईं हाल बसोबास गर्दै आउनुभएको शहर वा गाउँ कुनमा भनिएको जस्तै छ?			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
तपाईंले "कोरोनाभाइरस खोपका लागि निर्देशनहरू" पढ्नुभयो? यसका प्रभाव र साइड इफेक्टका बारेमा तपाईंलाई जानकारी छ?			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईं हाल कुनै किसिमको रोगबाट पिडित हुनुहुन्छ र उपचार वा औषधि गराउँदै हुनुहुन्छ? रोगको नाम: <input type="checkbox"/> मुटु रोग <input type="checkbox"/> मृगौला रोग <input type="checkbox"/> कलेजो रोग <input type="checkbox"/> रक्त रोग <input type="checkbox"/> रक्तश्राव रोकन गाह्रो हुने रोग <input type="checkbox"/> प्रतिरोध क्षमता अभाव <input type="checkbox"/> क्यापिलरी लिक सिन्ड्रोम <input type="checkbox"/> अन्य () उपचारको प्रकृति: <input type="checkbox"/> रगत पातलो गर्ने औषधि () <input type="checkbox"/> अन्य ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईंलाई गत १ महिना भित्रमा ज्वरो आएको थियो वा बिरामी पर्नु भएको थियो ? रोगको नाम ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के आज तपाईंको शरीरका कुनै अङ्गहरूले विसन्धो महसुस गरिरहेका छन्? अवस्था ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईंलाई कहिल्यै एँठन भएको छ (मुर्छा)?			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईंले कहिल्यै औषधी वा खाद्यपदार्थहरूबाट गम्भीर एलर्जीको लक्षणहरू अनुभव गर्नुभयो (जस्तै एनाफिलाक्सिस)? औषधि वा खाना जुन समस्या उत्पन्न गर्दछ ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईं कहिल्यै खोप लगाई बिरामी पर्नु भएको छ? खोपको प्रकार () अवस्था ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के तपाईं हाल गर्भवती हुनुभएको सम्भावना छ? (उदाहरण: तपाईंको महिनावारि अरु बेला भन्दा पछि सरेको हो)? वा तपाईं स्तनपान गराउँदै हुनुहुन्छ?			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
पछिल्ला दुई हप्तामा तपाईंले कुनै खोप लिनु भएको छ? खोपको प्रकार () खोप लिएको मिति ()			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
के खोपका बारेमा तपाईंको कुनै जिज्ञासा छ?			<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन				
डाक्टरले भनें ठाउँ	माथिका प्रश्न र परिक्षणका आधारमा, आजको खोप (<input type="checkbox"/> सम्भव छ <input type="checkbox"/> सम्भव छैन) मैले खोपका प्रभाव, साइड इफेक्ट, र खोपबाट स्वास्थ्यमा हुने हानी र राहत प्रणालीको बारेमा बिरामीलाई			डाक्टरको हस्ताक्षर र छाप				
स्वास्थ्य संस्थाद्वारा भरिने	<input type="checkbox"/> कार्य समयभन्दा बाहेक (रिसेप्सनको समय :) <input type="checkbox"/> बिदा <input type="checkbox"/> बालबालिका (६ वर्ष भन्दा कम) <input type="checkbox"/> अतिरिक्त ① <input type="checkbox"/> अतिरिक्त ② * मेल खाने बुँदाको बारेमा, मार्क भन्दा बाहिर ननिस्कने गरि कालो रङ्ग दल्नुहोस् ।							
कोरिना भाइरसको खोप अनुरोध फारम डाक्टरबाट चिकित्सा जाँच र स्पष्टीकरण प्राप्त गरेपछि र खोपको प्रभाव र साइड इफेक्टहरू बुझिसकेपछि, के तपाईं यो खोप प्राप्त गर्न चाहानुहुन्छ? (<input type="checkbox"/> म खोप लिन चाहन्छु / <input type="checkbox"/> म खोप लिन चाहन्न)								
यस प्रारम्भिक चिकित्सा जाँच फारमको उद्देश्य खोपको सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु हो। म यस कुरालाई बुझ्छु र यस प्राथमिक चिकित्सा परीक्षा फारमलाई नगरपालिका, सरकार, अखिल जापान राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा संघहरूको संगठन, र राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा संगठनलाई पेश गर्दछु।			हस्ताक्षर (खोपिएको व्यक्ति वा अभिभावकको) मिति (*यदि खोप लगाईएको व्यक्ति आफैले फारममा हस्ताक्षर गर्न असमर्थ छ भने, एक प्रतिनिधिले फारममा हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ, र खोप लिनु पर्ने व्यक्तिको प्रतिनिधिको नाम र सम्बन्ध संकेत गर्नुपर्दछ।) (*१६ वर्ष भन्दा कम उमेरको व्यक्तिको मामलामा फारम अभिभावकले हस्ताक्षर गरेको हुनुपर्दछ; अशक्त मानिसको मामला मा, फारम व्यक्ति आफैले / अशक्तका अभिभावकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ)					
डाक्टरले भनें ठाउँ	खोपको नाम र लट नम्बर	जम्मा ईनोकुलेसन	खोप स्थान, डाक्टरको नाम, र खोपको मिति	*कृपया यस भित्रअट्ने गरी मेडिकल संस्था कोड र खोप मिति भर्नुहोस्।				
	छाप		खोप स्थान	चिकित्सा संस्था कोड				
	*यसलाई फ्रेमको साथ सिधा पेस्ट गर्नुहोस्। (नोट: म्याद सकिने मिति समाप्तनभएको निश्चित गर्नुहोस्)	मि.ली.	डाक्टरको नाम	खोपको मिति	*उदाहरण: April 1, 2021 → 2021/04/01			