

Form ng paunang medikal na pagsusuri para sa bakuna sa coronavirus (Para sa karagdagang pagbabakuna)

*Mangyaring punan o lagyan ng tsek ang kahon sa loob ng naka-bold na frame.

Adres sa resident card	Prepektura		Lungsod		Furigana	Telepono	()	Temperatura ng katawan bago ang pagsusuri	Degrees	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。
	Adres									
Pangalan	Taon		Buwan	Araw	Taong gulang		<input type="checkbox"/> lalaki <input type="checkbox"/> babae			
Araw ng kapanganakan	Taon		Buwan	Araw	Taong gulang		<input type="checkbox"/> lalaki <input type="checkbox"/> babae			
Tanong								Patlang para sa sagot	Patlang na pinunan ng doktor	
Nabakunahan ka na ba para sa COVID-19? (Kung ikaw ay nabakunahan na dati, petsa ng unang dosis: Buwan/ Araw/ Taon, petsa ng pangalawang dosis: Buwan/ Araw/ Taon) Bakunang natanggap ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Pareho ba ang lungsod, bayan, o nayon kung saan ka kasalukuyang naninirahan sa lungsod, bayan, o nayon na nakasaad sa kupon?								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Nabasa mo na ba ang "Mga tagubilin para sa bakuna sa coronavirus" at naiintindihan mo ba ang mga epekto at masamang epekto nito?								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Ikaw ba ay kasalukuyang nakakaranas ng anumang uri ng karamdaman at tumatanggap ng paggamot o gamot? Pangalan ng sakit: <input type="checkbox"/> sakit sa puso <input type="checkbox"/> sakit sa bato <input type="checkbox"/> sakit sa atay <input type="checkbox"/> sakit sa dugo <input type="checkbox"/> sakit na nagpapahirap itigil ang pagdurugo <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> capillary leak syndrome <input type="checkbox"/> iba pa () Paraan ng paggamot: <input type="checkbox"/> gamot na nagpapanipis ng dugo () <input type="checkbox"/> iba pa ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Nilagnat o nagkasakit ka ba sa nakaraang buwan? Pangalan ng sakit ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Mayroon bang bahagi ng iyong katawan na hindi maganda ang pakiramdam ngayon? Kundisyon ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Naranasan mo bang magkaroon ng kombulsyon (seizure)?								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Nakaranas ka ba ng malubhang sintomas ng allergy (tulad ng anaphylaxis) mula sa gamot o pagkain? Gamot o pagkain na sanhi ng problema ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Nagkaroon ka ba ng sakit matapos makatanggap ng bakuna? Uri ng bakuna () Kundisyon ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Mayroon bang posibilidad na ikaw ay kasalukuyang buntis (halimbawa, ang iyong regla ay huli kaysainasahan)? O nagpapasuso ka ba?								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Nagpabakuna ka ba sa loob ng nakaraang dalawang linggo? Uri ng bakuna () Petsa ng bakuna ()								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Mayroon ka bang mga katanungan ukol sa bakuna ngayon?								<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi	
Para sa doktor lamang	Bilang resulta ng mga katanungan sa itaas at pagsusuri, ang bakuna ay (<input type="checkbox"/> posible, <input type="checkbox"/> hindi posible) sa araw na ito. Ipinaliwanag ko sa pasyente ang mga epekto ng bakuna, masamang epekto, at ang Relief System for Injury to Health with Vaccination.							Pirma at tatak ng doktor		
Entry field ng institusyong medikal	<input type="radio"/> Off hours (oras na tumatanggap: :) <input type="radio"/> Non-consultation day <input type="radio"/> Bata (wala pang 6 taong gulang) <input type="radio"/> Reserba ① <input type="radio"/> Reserba ② *Mangyaring kulayan ng itim ang bilog ng naaangkop na item nang hindi lumalampas sa marka									
Request Form para sa Pagbabakuna sa Coronavirus Pagkatapos tumanggap ng medikal na pagsusuri at paliwanag mula sa doktor at matapos maunawaan ang epekto at masamang epekto ng bakuna, nais mo bang tumanggap ng bakunang ito? (<input type="checkbox"/> Nais kong magpabakuna/ <input type="checkbox"/> Hindi ko nais magpabakuna)										
Ang layunin ng form sa paunang medikal na pagsusuri ay upang tiyakin ang kaligtasan ng bakuna. Naiintindihan ko ito at pumapayag na isumite ang form ng paunang medikal na pagsusuri na ito sa pamahalaang munisipal, All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations, at National Health Insurance Organization.				Pirma ng nabakunahang tao o ng kanilang tagapag-alaga Petsa: (*Kung hindi magawang pumirma ng mismong taong babakunahan, isang kinatawan ang dapat pumirma ng form, at dapat nakasaad ang pangalan ng kinatawan at relasyon nito sa taong babakunahan.) (*Sa kaso ng taong wala pang 16 taong gulang, ang form ay dapat pirmahan ng guardian; sa kaso ng adult ward, dapat pirmahan ng mismong tao ang form, o ng guardian na may sapat na gulang.)						
Patlang na pinunan ng doktor	Pangalan ng bakuna at lot number	Dami ng bakuna	Lokasyon ng pagbabakuna, pangalan ng doktor, at petsa ng pagbabakuna			*Mangyaring ilagay ang code ng institusyong medikal at petsa ng pagbabakuna sa paraang magkakasya sa loob ng patlang na ito.				
	Posisyon ng Selyo		Lokasyon ng pagbabakuna			Code ng institusyong medikal				
	*Idikit ito nang tuwid sa kahabaan ng frame. (Tandaan: Tiyaking hindi pa napaso ang expiration date.)	ml	Pangalan ng doktor			Petsa ng Pagbabakuna *Halimbawa: Abril 1, 2021 →2021/04/01				