

Questionnaire de dépistage pour le vaccin contre le coronavirus (pour la dose de rappel)

*Veuillez remplir ou cocher les cases à l'intérieur du cadre en gras.

Adresse figurant sur la carte de résident	Préfecture	Ville		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。						
	Adresse									
Furigana										
Nom et prénom			Tél.							
Date de naissance	Année	Mois	Jour	() ans	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Température corporelle avant examen	Degrés			
Questionnaire						Réponses		Champ réservé au médecin		
Avez-vous déjà été vacciné contre la COVID-19 ? (Si vous avez déjà été vacciné, indiquez la date de la première vaccination : mois/ jour, Date de la 2 ^{ème} vaccination : mois/ jour) Vaccin administré ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
La ville, la municipalité ou le village où vous résidez actuellement correspond-il à la ville, municipalité ou village indiqué sur votre bon de vaccination ?						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous lu les "instructions sur le vaccin contre le coronavirus" et avez-vous compris les effets du vaccin ainsi que les effets secondaires ?						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Etes-vous atteint d'une maladie, suivez-vous un traitement médical ou prenez-vous un médicament ? Nom de la maladie : <input type="checkbox"/> maladie cardiaque <input type="checkbox"/> maladie rénale <input type="checkbox"/> maladie du foie <input type="checkbox"/> maladie du sang <input type="checkbox"/> maladie avec troubles de la coagulation <input type="checkbox"/> déficience immunitaire <input type="checkbox"/> Syndrome de fuite capillaire <input type="checkbox"/> Autre () Nature du traitement : <input type="checkbox"/> Anticoagulant () <input type="checkbox"/> Autre ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous eu de la fièvre ou avez-vous été malade au cours du mois dernier ? Nom de la maladie ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Aujourd'hui, ressentez-vous un malaise physique dans une partie de votre corps ? Si oui, décrivez l'état ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous déjà eu des convulsions (crises d'épilepsie)						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous déjà eu des symptômes allergiques graves (comme un choc anaphylactique) provoqués par des médicaments ou des aliments ? Médicament ou aliment à l'origine du problème ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous déjà été malade après avoir été vacciné ? Type de vaccin () Dans quelles conditions ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Y a-t-il une possibilité que vous soyez actuellement enceinte (par ex., avez-vous un retard de règles) ? Ou, allaitez-vous votre enfant actuellement ?						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous été vacciné au cours des deux dernières semaines ? Type de vaccin () Date de vaccination ()						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Avez-vous des questions au sujet du vaccin administré aujourd'hui ?						<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			
Champ réservé au médecin	A la lumière des résultats des questions ci-dessus et de l'examen médical, le vaccin est (<input type="checkbox"/> possible, <input type="checkbox"/> pas possible).					Cachet et signature du médecin				
	J'ai expliqué au patient les effets du vaccin, les effets secondaires et le système d'aide en cas de préjudice lié à la vaccination.									
Champ réservé à l'établissement médical	<input type="radio"/> À l'extérieur des horaires (heure de réception h) <input type="radio"/> Week-end et jour férié <input type="radio"/> Jeune enfant (moins de 6 ans) <input type="radio"/> Réserve ① <input type="radio"/> Réserve ② * Veuillez remplir en noir la marque correspondante sans dépasser du formulaire.									
Formulaire de demande de vaccination contre le coronavirus Après avoir effectué l'examen médical et reçu des explications de la part du médecin et compris les effets du vaccin ainsi que les effets secondaires, souhaitez-vous recevoir ce vaccin ? (<input type="checkbox"/> Je souhaite être vacciné(e)/ <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas être vacciné(e)) L'objet de ce formulaire d'examen médical préliminaire est de garantir la sécurité des conditions de vaccination. J'en ai pris connaissance et consens à ce que ce formulaire d'examen médical préliminaire soit soumis aux autorités municipales, à la Fédération japonaise des organisations nationales d'assurance maladie, et à l'Assurance maladie nationale.										
				Signature de la personne recevant le vaccin ou responsable légal Date : _____ (*Si la personne à vacciner n'est pas en mesure de signer le formulaire par elle-même, un(e) représentant(e) doit signer le formulaire, et le nom du représentant et son lien de parenté avec la personne à vacciner doivent être indiqués.) (*Pour une personne âgée de moins de 16 ans, le formulaire doit être signé par le responsable légal ; dans le cas d'un pupille adulte, le formulaire doit être signé par la personne elle-même ou par son tuteur adulte.)						
Champ réservé au médecin	Nom du vaccin et numéro de lot	Quantité d'inoculation	Lieu de la vaccination, nom du médecin et date de la vaccination *Veuillez indiquer le code de l'établissement médical et la date de la vaccination de manière qu'ils entrent dans le champ prévu à cet effet.							
	Emplacement du cachet		Lieu de vaccination			Code de l'établissement médical				
	*Collez <u>directement</u> dans l'emplacement prévu.		Nom du médecin			Date de vaccination *Exemple: 1er avril 2021 →2021/04/01				
	(Remarque : Vérifiez que la date d'expiration n'est pas dépassée.)	ml								