

បែបបទត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របឋមសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូរ៉ូណា (សម្រាប់ការចាក់ដូសជំរុញ)

*សូមបំពេញព័ត៌មាន ឬគូសសញ្ញាជិតក្នុងប្រអប់ ២ នៅក្នុងប្រអប់ដិត

អាសយដ្ឋាន ក្នុងប័ណ្ណ ស្នាក់នៅ	តំបន់	ទីក្រុង	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。
	អាសយដ្ឋាន		
អក្សរជន្ម	លេខ ទូរស័ព្ទ	()	
ឈ្មោះ			

ថ្ងៃខែឆ្នាំ កំណើត	ឆ្នាំ	ខែ	ថ្ងៃ	(អាយុ: ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	ស័ក្តិសមភាពរាងកាយមុនពេលពិនិត្យ	ដីក្រុក
សំណួរ						ចម្លើយ	ផ្នែកបំពេញដោយ វេជ្ជបណ្ឌិត
តើអ្នកធ្លាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូរ៉ូណាដែរឬទេ? (កាលបរិច្ឆេទចាក់លើកទី 1: ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ កាលបរិច្ឆេទចាក់លើកទី 2: ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) វ៉ាក់សាំងដែលបានចាក់ ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើរាជធានី ទីក្រុង ឬភូមិដែលអ្នករស់នៅសព្វថ្ងៃ ដូចគ្នាទៅនឹងរាជធានី ទីក្រុង ឬភូមិដែលបានសរសេរនៅលើបង្កាន់ដៃទេ?						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកបានដឹងអំពីប្រសិទ្ធភាព និង ផលប៉ះពាល់ធ្ងន់ធ្ងររបស់វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ បន្ទាប់ពីបានអាន "សេចក្តីណែនាំអំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូរ៉ូណា" រួច?						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
បច្ចុប្បន្ន តើអ្នកកំពុងមានជំងឺ និងកំពុងទទួលការព្យាបាល ឬលេបថ្នាំព្យាបាលដែរឬទេ? ឈ្មោះជំងឺ: <input type="checkbox"/> ជំងឺបេះដូង <input type="checkbox"/> ជំងឺគ្រុនចាញ់ <input type="checkbox"/> ជំងឺឆ្អែម <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាម <input type="checkbox"/> ជំងឺឈាមក្រក/ឈាមរាវ <input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធភាពសុំខ្សោយ <input type="checkbox"/> ប្រជុំរោគសញ្ញាសរសៃឈាមផ្លូវចិត្ត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ () លក្ខណៈនៃការព្យាបាល: <input type="checkbox"/> ថ្នាំព្យាបាល () <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺក្តៅខ្លួន ឬបានធ្លាក់ខ្លួនឈឺដែរទេ ឬកាលពីខែមុន? ឈ្មោះជំងឺ ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយរបស់អ្នកដែរឬទេ? ស្ថានភាព ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺប្រកាច់ដែរទេ?						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់មានរោគសញ្ញាអាឡាក់ហ្ស៊ីធ្ងន់ធ្ងរ (ដូចជាប្រតិកម្មថ្នាំ) ដោយសារការលេបថ្នាំ ឬញ្ញាអាហារដែរទេ? ថ្នាំ ឬអាហារដែលបង្កឱ្យមានបញ្ហានេះ: ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់ធ្លាក់ខ្លួនឈឺ បន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេ? ប្រភេទវ៉ាក់សាំង () ស្ថានភាព ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកអាចនឹងកំពុងចាប់ផ្តើមមានផ្ទៃពោះ (ឧទាហរណ៍ រដូវមករយីកខុសធម្មតា)? ឬតើអ្នកកំពុងបំបៅដោះកូនដែរឬទេ?						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកធ្លាប់បានចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេនៅក្នុងរយៈពេលពីរសប្តាហ៍កន្លងទៅនេះ? ប្រភេទវ៉ាក់សាំង () កាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង ()						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
តើអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធនឹងវ៉ាក់សាំងនៅថ្ងៃនេះទេ?						<input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	

ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត	យោងតាមលទ្ធផលនៃ ការពិនិត្យខាងលើ វ៉ាក់សាំងថ្ងៃនេះគឺ (<input type="checkbox"/> អាចចាក់បាន <input type="checkbox"/> មិនអាចចាក់បាន)។ ខ្ញុំបានពន្យល់អំពីប្រសិទ្ធភាព ផលប៉ះពាល់ និង ប្រព័ន្ធដំនុំយករណីផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពនៅក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងទៅកាន់អ្នកដឹងសព្វគ្រប់អស់ហើយ។	ហត្ថលេខា និងត្រាវេជ្ជបណ្ឌិត
ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ	០ ក្រៅម៉ោងធ្វើការងារ(ម៉ោងទទួល :) ថ្ងៃឈប់សម្រាក ០ កុមារ(ក្រោម 6 ឆ្នាំ) ០ បម្រុង① ០ បម្រុង② * នៅក្នុងចំណុចដែលត្រូវនឹងលក្ខខណ្ឌ សូមគូសដាក់ពណ៌ខ្មៅឱ្យពេញសញ្ញាសំគាល់កុំឱ្យហៀរចេញក្រៅ។	

បែបបទស្នើសុំវ៉ាក់សាំងការពារមេរោគកូរ៉ូណា
បន្ទាប់ពីទទួលបានការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ និងការពន្យល់ពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងបានដឹងអំពីប្រសិទ្ធភាព ផលប៉ះពាល់របស់វ៉ាក់សាំងរួចហើយ តើអ្នកចង់ចាក់វ៉ាក់សាំងនេះដែរឬទេ? (ខ្ញុំចង់ចាក់វ៉ាក់សាំង / ខ្ញុំមិនចង់ចាក់វ៉ាក់សាំងទេ)

គោលបំណងនៃបែបបទពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របឋមនេះ គឺដើម្បីធានាសុវត្ថិភាពនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង។

ខ្ញុំដឹង និងបានយល់ស្របឱ្យដាក់បែបបទពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្របឋមនេះជូនទៅសាលាក្រុង សហព័ន្ធស្ថាប័នធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិដំបូងទាំងអស់ និងស្ថាប័នធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ។

ហត្ថលេខាអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំង ឬអាណាព្យាបាល
(ប្រសិនបើអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងមិនអាចចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនោះដោយខ្លួនឯងបាន នោះអ្នកណាម្នាក់ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើបែបបទនោះ ហើយឈ្មោះ និងទំនាក់ទំនងរបស់កំណត់ជាមួយនឹងអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងត្រូវតែមានសរសេរពាក់កណ្តាល)
(*ក្នុងករណីបុគ្គលនោះមានអាយុក្រោម 16 ឆ្នាំ បែបបទនោះត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយអាណាព្យាបាល ហើយប្រសិនបើក្នុងករណីបុគ្គលក្រោមការថែទាំ បែបបទនោះត្រូវតែចុះហត្ថលេខាដោយបុគ្គលនោះ ឬអាណាព្យាបាលរបស់បុគ្គលនោះ។)

មេរោគកូរ៉ូណា ប្រអប់បំពេញដោយមន្ត្រីសុខាភិបាល	ឈ្មោះវ៉ាក់សាំង និងលេខឆ្នាំ	ចំនួនថ្នាំវ៉ាក់សាំង	ទីកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង *សូមបំពេញលេខកូដមន្ទីរពេទ្យ និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីឱ្យត្រូវទៅតាមផ្នែក
	ទីកន្លែង បិកតែម		លេខកូដមន្ទីរពេទ្យ
	*បិទឱ្យត្រូវក្នុងស៊ុមនេះ (សម្គាល់: ត្រូវប្រាកដថាមិនទាន់ហួសកាលបរិច្ឆេទកំណត់)	មល	