

Phiếu kiểm tra y tế sơ bộ để tiêm chủng vắc-xin phòng ngừa virus corona

* Vui lòng điền hoặc đánh dấu vào các ô bên trong khung in đậm

Vừa nhìn bản dịch tiếng Việt vừa điền vào phiếu kiểm tra sơ bộ (予診票) bản tiếng Nhật được gửi kèm theo phiếu tiêm vắc-xin.

Địa chỉ trên thẻ cư trú	Tỉnh	Thành phố/Quận/Xã/Thôn
	Địa chỉ	
Furigana		
Họ tên	Điện thoại	()
Ngày sinh	Năm Tháng Ngày () (tuổi)	<input type="checkbox"/> nam <input type="checkbox"/> nữ
		Thân nhiệt trước khi khám
		độ C

Câu hỏi	Trả lời	Phản bác sĩ điện
Đây có phải là lần đầu tiên bạn tiêm chủng vắc-xin ngừa virus corona không? (Nếu bạn đã được tiêm chủng trước đó, ngày tiêm mũi đầu tiên: ngày / tháng , ngày tiêm mũi thứ hai: ngày / tháng)	<input type="checkbox"/> đúng <input type="checkbox"/> sai	
Thông tin thành phố, thị trấn, hoặc làng xã mà bạn hiện đang cư trú có giống với thông tin thành phố, thị trấn hoặc làng xã được ghi trên phiếu tiêm chủng không?	<input type="checkbox"/> giống <input type="checkbox"/> không giống	
Bạn đã đọc "Hướng dẫn về vắc-xin ngừa virus corona", cũng như bạn đã hiểu tác dụng và tác dụng phụ không mong muốn của vắc-xin chưa?	<input type="checkbox"/> đã hiểu <input type="checkbox"/> chưa hiểu	
Bạn có thuộc nhóm đối tượng được ưu tiên cao khi tiêm vắc-xin này không? <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế, v.v... <input type="checkbox"/> Người từ 65 tuổi trở lên <input type="checkbox"/> Người từ 60 đến 64 tuổi <input type="checkbox"/> Nhân viên làm việc tại các cơ sở dành cho người cao tuổi, v.v... <input type="checkbox"/> Người có bệnh lý nền (tên bệnh:)	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Hiện tại, bạn có đang mắc bệnh gì không và có đang điều trị hay uống thuốc không? Tên bệnh: <input type="checkbox"/> bệnh tim <input type="checkbox"/> bệnh thận <input type="checkbox"/> bệnh gan <input type="checkbox"/> bệnh mạch máu <input type="checkbox"/> bệnh gây khó cảm máu <input type="checkbox"/> suy giảm miễn dịch <input type="checkbox"/> bệnh khác () Loại điều trị: <input type="checkbox"/> thuốc chống đông máu () khác ()	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có bị sốt hoặc bị ốm trong vòng 1 tháng qua không? Tên bệnh ()	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Hôm nay bạn có cảm thấy có chỗ nào không khỏe không? Tình trạng ()	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có từng bị co giật (động kinh) không?	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có từng gặp phải các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng (như sốc phản vệ) do thuốc hoặc thực phẩm không? Thuốc hoặc thực phẩm gây ra tình trạng trên ()	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có từng bị ốm sau khi tiêm chủng không? Loại vắc-xin () Tình trạng ()	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có đang mang thai hay nghi ngờ mình mang thai không (ví dụ, kinh nguyệt trễ hơn dự kiến)? Hay bạn đang cho con bú?	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có tiêm loại vắc-xin nào trong vòng hai tuần qua không? Loại vắc-xin () Ngày tiêm ()	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Bạn có câu hỏi nào về loại vắc-xin sẽ tiêm ngày hôm nay không?	<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không	
Phản bác sĩ điện Dựa trên kết quả của các câu hỏi ở trên và quá trình kiểm tra sức khỏe, việc tiêm vắc-xin hôm nay (<input type="checkbox"/> có thể thực hiện, <input type="checkbox"/> không thể thực hiện). Tôi đã giải thích cho bệnh nhân về tác dụng của vắc-xin, cũng như các tác dụng phụ và Hệ thống trợ cấp cho các tổn hại sức khỏe do tiêm chủng. <input type="checkbox"/> Người được tiêm chủng dưới 16 tuổi (đánh dấu vào ô này nếu có)	Chữ ký và con dấu của bác sĩ	

Đơn yêu cầu tiêm chủng vắc-xin ngừa virus corona
 Sau khi được bác sĩ thăm khám, giải thích và bạn đã hiểu rõ về tác dụng cũng như tác dụng phụ của vắc-xin, bạn có muốn được tiêm vắc-xin này không?
 Tôi muốn được tiêm chủng / Tôi không muốn tiêm chủng

Mục đích của phiếu kiểm tra y tế sơ bộ này là để đảm bảo tính an toàn của vắc-xin.
 Tôi đã hiểu điều này và đồng ý rằng phiếu kiểm tra y tế sơ bộ này sẽ được trình lên chính quyền thành phố, Hiệp hội bảo hiểm y tế quốc gia toàn Nhật Bản và Liên đoàn các tổ chức bảo hiểm y tế quốc gia.

Ngày: _____ Chữ ký của người được tiêm chủng hoặc _____
 (* Nếu người được tiêm chủng không thể tự mình ký tên vào đơn này thì người đại diện phải ký tên vào đơn, và phải nêu rõ tên cũng như mối quan hệ của người đại diện với người được tiêm chủng.)
 (* Đối với người dưới 16 tuổi, đơn này phải có chữ ký của người giám hộ; đối với người được giám hộ nhưng đã qua tuổi thành niên, thì phải có chữ ký của chính người đó hoặc người giám hộ đã trưởng thành).

Phản bác sĩ điện	Tên vắc-xin và số lô	Liều tiêm	Nơi tiêm chủng, tên bác sĩ và ngày tiêm chủng	Mã tổ chức y tế
	Vị trí niêm phong		Nơi tiêm chủng	
	* Dán thẳng dọc theo khung. (Lưu ý: Đảm bảo rằng chưa đến ngày hết hạn.)	ml	Tên bác sĩ	Ngày tiêm * Ví dụ: Ngày 1 tháng 4 năm 2021 → 2021/04/01