

新冠疫苗接种的初步医检表

*请在下表中填写相关内容或打勾☑

居民登录住址	县	市	请参照初步医检表的中文版，填写日语版的初步医检表。(附在疫苗接种券信内)		
	住址				
假名注音			联系电话	()	
姓名					
出生日期	年	月	日 () 岁	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	问诊前的体温

问题	回答栏	医务人员填写
您是第一次接种新冠疫苗吗? (如此前已接种, 请填写第一次接种日期: 月 日, 第二次接种日期: 月 日)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您现在居住的市/町/村是否与接种券上的市/町/村一致?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否已阅读《新冠疫苗接种说明书》, 并理解了疫苗接种后的效果和不良反应?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
你是否属于下列优先接种疫苗的群体? <input type="checkbox"/> 医务人员等 <input type="checkbox"/> 年龄 65 岁及以上的老年人 <input type="checkbox"/> 年龄介于 60 至 64 岁之间 <input type="checkbox"/> 老年设施工作人员等 <input type="checkbox"/> 基础疾病患者 (所患疾病名称:)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您目前是否患有某种疾病并接受治疗或服用药物? 所患疾病名称: <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 肾病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 血液疾病 <input type="checkbox"/> 止血困难症 <input type="checkbox"/> 免疫缺陷症 <input type="checkbox"/> 其它 () 医学治疗: <input type="checkbox"/> 血液稀释药物 () <input type="checkbox"/> 其它 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您上个月是否有过发热或感觉不适? 所患疾病名称 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您今天是否感到某些部位不适? 不适症状 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否有过痉挛(癫痫)症状?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否对药物或食物产生过严重的过敏症状(例如过敏症)? 引起过敏症状的药物或食物的名称 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否经历过疫苗接种后的不适症状? 疫苗类型 () 不适症状 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您目前是否可能怀孕(比如您的生理期晚于预期)? 或者您目前处于哺乳期?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否在过去两周内接种过疫苗? 疫苗类型 () 接种日期 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否对今天要接种的疫苗存在疑问?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

医务人员填写	鉴于上述问诊和检查结果, 今天 (<input type="checkbox"/> 可以, <input type="checkbox"/> 不可以) 接种疫苗。	医生签字盖章
	我已解释过本疫苗接种后的效果、不良反应以及及与疫苗接种相关的健康损害保障机制。 <input type="checkbox"/> 疫苗接种者未满 6 岁 (如申请接种, 请在此处填写)	

新冠疫苗接种申请表

在接受医学问诊并听取医生解释本疫苗接种后的效果及不良反应后, 您是否愿意接种本疫苗?
(我愿意接种 我不愿意接种)

填写这份初步医检表的目的是为了**确保疫苗接种的安全性**。
我理解并同意将本医检表提交至地方政府、公益社团法人国民健康保险中央会以及国民健康保险组织。

日期:	受接种者或其监护人的签名
(*如果受接种者本人无法填写, 本表必须由其代理人填写, 并备注代理人姓名及其与受接种者的关系。) (*如果受接种者未满 16 岁, 本表必须由其监护人填写; 如果疫苗接种地点是成人病房, 本表必须由受接种者本人或其成年监护人填写。)	

医务人员填写	疫苗名称以及批号	接种剂量	接种地点、医生姓名、接种日期	*请在此处填写医疗机构代码和接种日期
	盖章处	m1	接种地点	医疗机构代码
	*请沿方框整齐粘贴 (注: 确保未过有效期)		医生姓名	接种日期 *示范: 2021年4月1日 ~2021/04/01