

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☑

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。

居民登录住址	县	市			
	住址				
假名注音			联系电话	()	
姓名					
出生日期	年	月	日	() (岁)	□男 □女
				问诊前的体温	度
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)				□是	□否
您现在居住的市/町/村是否与接种券上的市/町/村一致?				□是	□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?				□是	□否
你是否属于下列优先接种疫苗的群体? □医务人员等 □年龄 65 岁及以上的老年人 □年龄介于 60 至 64 岁之间 □老年设施工作人员等 □基础疾病患者 (所患疾病名称:)				□是	□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: □心脏病 □肾病 □肝病 □血液疾病 □止血困难症 □免疫缺陷症 □其它 () 医学治疗: □血液稀释药物 () □其它 ()				□是	□否
您上个月是否有过发热或感觉不适? 所患疾病名称 ()				□是	□否
您今天是否感到某些部位不适? 不适症状 ()				□是	□否
您是否有过痉挛(癫痫)症状?				□是	□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 ()				□是	□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 ()				□是	□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?				□是	□否
您是否在过去两周内接种过疫苗? 疫苗类型 () 接种日期 ()				□是	□否
您是否对今天要接种的疫苗存在疑问?				□是	□否
医务人员填写	鉴于上述问诊和检查结果, 今天 (□ 可以, □ 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。 □ 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。					
				受接种者或其监护人的签名 日期:	
(*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		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)	mL	医生姓名		接种日期 *示范: 2021 年 4 月 1 日 → 2021/04/01