

新冠疫苗接种的初步医检表 (用于追加接种)

*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 | | () |
| 姓名 | 联系电话 | () - () |
| 出生日期 | 年 月 日 () 岁 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 问诊前的体温 度 |

| 问题 | 回答栏 | 医务人员填写 |
|---|---|--------|
| 您是否接种过新冠疫苗? (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) 曾经接种的疫苗 () | <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 | |
| 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"/> 毛细血管渗漏综合征 <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。 我已解释过本疫苗接种后的效果、不良反应以及与疫苗接种相关的健康损害救济措施。 | 医生签字盖章 |
|--------|--|--------|

| | |
|--------|---|
| 医疗机构填写 | <input type="radio"/> 非诊疗时间段 (挂号时间 :) <input type="radio"/> 休息日 <input type="radio"/> 儿童 (不满 6 岁) <input type="radio"/> 备用① <input type="radio"/> 备用② *请将符合项的符号涂黑, 涂黑时请勿出框。 |
|--------|---|

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 |