

Formulir pemeriksaan kesehatan awal untuk vaksin virus corona

*Silakan isi atau periksa kotak di dalam bingkai tebal

Alamat pada kartu penduduk	Prefektur	Kota	
	Alamat		
Furigana			
Nama		Telepon	()

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。

Tanggal lahir	Tahun	Bulan	Tanggal (tahun)	<input type="checkbox"/> pria <input type="checkbox"/> wanita	Suhu badan sebelum pemeriksaan	Derajat
---------------	-------	-------	------------------	---	--------------------------------	---------

Pertanyaan	Kolom respons	Kolom diisi oleh dokter
Apakah Anda baru pertama kali menerima vaksin virus corona? (Jika Anda telah divaksinasi sebelumnya, Tanggal pertama kali: BB/ HH, Tanggal ke-2 kali: BB/ HH)	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah kota, kelurahan, atau desa tempat Anda tinggal saat ini sama dengan kota, kelurahan, atau desa yang tertera pada kupon?	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Sudahkah Anda membaca "Petunjuk untuk vaksin virus corona" dan apakah Anda memahami efek dan efek samping yang merugikan?	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda termasuk dalam salah satu kelompok sasaran yang memiliki prioritas lebih tinggi untuk vaksin ini? <input type="checkbox"/> Tenaga kesehatan, dll. <input type="checkbox"/> Calon Penerima berusia 65 tahun lebih <input type="checkbox"/> Calon Penerima berusia 60 hingga 64 tahun <input type="checkbox"/> Pekerja di panti jompo, dll. <input type="checkbox"/> Calon penerima dengan kondisi medis yang mendasari (nama penyakit:)	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah saat ini Anda sedang menderita suatu penyakit dan sedang menerima perawatan atau pengobatan? Nama penyakit: <input type="checkbox"/> penyakit jantung <input type="checkbox"/> penyakit ginjal <input type="checkbox"/> penyakit hati <input type="checkbox"/> penyakit darah <input type="checkbox"/> penyakit yang membuat pendarahan sulit dihentikan <input type="checkbox"/> defisiensi imun <input type="checkbox"/> lainnya () Cara pengobatan: <input type="checkbox"/> obat pengencer darah () <input type="checkbox"/> lainnya ()	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda mengalami demam atau sakit dalam sebulan terakhir? Nama penyakit ()	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Adakah bagian tubuh Anda yang rasanya kurang sehat hari ini? Kondisi ()	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda pernah mengalami kejang (kejur)?	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Pernahkah Anda mengalami gejala alergi yang parah (seperti anafilaksis) akibat obat atau makanan? Obat atau makanan yang menyebabkan masalah ()	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda pernah sakit setelah mendapat vaksinasi? Jenis vaksin () Kondisi ()	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Adakah kemungkinan Anda sedang hamil (misalnya, menstruasi Anda lebih lambat dari yang diperkirakan)? Atau apakah Anda sedang menyusui?	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda pernah mendapat vaksin dalam dua minggu terakhir? Jenis vaksin () Tanggal suntikan vaksin ()	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	
Apakah Anda memiliki pertanyaan tentang vaksin hari ini?	<input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak	

Kolom diisi oleh dokter	Berdasarkan hasil pertanyaan dan pemeriksaan di atas, vaksin hari ini (<input type="checkbox"/> dapat diberikan, <input type="checkbox"/> tidak dapat diberikan). Saya telah menjelaskan efek vaksin, efek samping, dan Sistem Bantuan untuk Cedera Kesehatan setelah pemberian Vaksinasi kepada pasien.	Tanda tangan dan cap dokter
	<input type="checkbox"/> Calon penerima yang akan divaksinasi berusia di bawah 6 tahun (isi jika ada)	

Formulir Permintaan Vaksinasi Virus Corona

Setelah mendapat pemeriksaan kesehatan dan penjelasan dari dokter serta memahami efek dan efek samping dari vaksin tersebut, apakah Anda ingin menerima vaksin ini?
 Saya ingin divaksinasi/ Saya tidak ingin divaksinasi)

Tujuan formulir pemeriksaan kesehatan awal ini adalah untuk memastikan keamanan vaksin.
 Saya memahami hal ini dan menyetujui formulir pemeriksaan kesehatan awal ini dikirimkan ke pemerintah daerah, Federasi Organisasi Asuransi Kesehatan Nasional Seluruh Jepang, dan Organisasi Asuransi Kesehatan Nasional.

Tanda tangan calon penerima vaksin atau walinya
Tanggal:
(*Jika calon penerima vaksin tidak dapat menandatangani formulir sendiri, walinya harus menandatangani formulir tersebut, dan nama perwakilan serta hubungan dengan calon penerima vaksin harus disebutkan.) (*Untuk calon penerima yang berusia di bawah 16 tahun, formulir harus ditandatangani oleh wali; untuk perwalian orang dewasa, formulir harus ditandatangani oleh calon penerima itu sendiri atau wali orang dewasa.)

Kolom diisi oleh dokter	Nama vaksin dan nomor identifikasi	Jumlah inokulasi	Lokasi vaksinasi, nama dokter, dan tanggal vaksinasi sesuai dengan kolom yang tersedia.	*Isilah kode institusi layanan kesehatan dan tanggal
	Posisi stiker		Lokasi vaksinasi	Kode institusi layanan kesehatan
	*Tempelkan dengan lurus bersama dengan bingkainya. (Catatan: Pastikan tanggal kedaluwarsa belum berlalu.)	ml	Nama dokter	Tanggal vaksinasi