

伊贺市

高齢者新冠疫苗预防接种预诊表

※请填写粗线框内的项目或打勾。
因使用AI-OCR读取内容, 请用楷书认真填写。

住民票的地址	三重县伊贺市										电话号码	()			
姓名 (日语假名)	※从左开始填写、濁点也算作一个字符, 请用楷书仔细书写。如果写不下, 请忽略框框紧凑书写。														
姓名 (汉字)															
出生年月 日 (日本年 历)	※请在「大正」或「昭和」处打勾□。				□大正	□昭和	年	月	日生	(满	岁)	□男 · □女	诊查前体温	□□度	□分

问诊事项		回答栏		医生填写栏
有关今天的新冠疫苗预防接种, 您读了市町村分发的说明书了吗?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您理解了今天预防接种的效果以及副作用吗?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
现在患有什么疾病? 病名 ()		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否正在接受治疗(用药等)?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?		<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以	
今天、身体是否有不适? 请填写具体的症状。()		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾因药物或食品而出现皮肤发疹或荨麻疹, 或身体不适?		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
有接种过新冠疫苗的预防接种吗?		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
①接种后身体状况有不适吗?		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
②新冠疫苗以外的预防接种时, 身体状况发生过不适吗?		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾发生过抽搐(痉挛)?		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您在一个月内是否接种过疫苗? 预防接种的名称()		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾患有心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等慢性疾病? 病名()		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?		<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以	
您在最近一个月内是否发烧或生病? 病名()		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您对今天的疫苗接种有任何问题吗?		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医師署名又は記名押印	
	本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した		

新型コロナウイルス感染症予防接種希望書												
接受了医生的诊察·说明, 并在理解接种的效果以及副作用等的基础上, 希望接种吗? (<input type="checkbox"/> 希望接种 · <input type="checkbox"/> 不希望接种)												
此预诊表是以确保接种的安全性为目的。 在理解此目的的前提下, 同意本预诊表提交给市里。												
年 月 日 本人签名 _____ (必须) (※如果无法亲自签名, 请由代笔人签名, 并注明代笔人姓名及与被接种者的关系)												

医師 記入 欄	ワクチン名・ロット番号 シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れてないか確認	接種量 筋肉内接種 □.□□ ml	実施場所・医師名・接種年月日 実施場所 医師名	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。			
					医療機関等コード 接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日 2 0 2 □ 年 □ □ 月 □ □ 日		