（参 考）

Phiếu kiểm tra y tế sơ bộ để tiêm chủng vắc-xin phòng ngừa virus corona

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。

* Vui lòng điền hoặc đánh dấu vào các ô ☑ bên trong khung in đậm

Địa chỉ trên thẻ cư trú	Tỉnh	Thành phố/Quận/Xã/Thôn	
	Địa chỉ		
Furigana		Điện thoại	(　　) -
Họ tên			

Ngày sinh	Năm　Tháng　Ngày	(　　tuổi)	□ nam □ nữ	Thân nhiệt trước khi khám	độ C

Câu hỏi	Trả lời		Phần bác sĩ điền
Đây có phải là lần đầu tiên bạn tiêm chủng vắc-xin ngừa virus corona không? (Nếu bạn đã được tiêm chủng trước đó, ngày tiêm mũi đầu tiên: ngày / tháng , ngày tiêm mũi thứ hai: ngày / tháng)	□ đúng	□ sai	
Thông tin thành phố, thị trấn, hoặc làng xã mà bạn hiện đang cư trú có giống với thông tin thành phố, thị trấn hoặc làng xã được ghi trên phiếu tiêm chủng không?	□ giống	□ không giống	
Bạn đã đọc "Hướng dẫn về vắc-xin ngừa virus corona", cũng như bạn đã hiểu tác dụng và tác dụng phụ không mong muốn của vắc-xin chưa?	□ đã hiểu	□ chưa hiểu	
Bạn có thuộc nhóm đối tượng được ưu tiên cao khi tiêm vắc-xin này không? □ Nhân viên y tế, v.v... □ Người từ 65 tuổi trở lên □ Người từ 60 đến 64 tuổi □ Nhân viên làm việc tại các cơ sở dành cho người cao tuổi, v.v... □ Người có bệnh lý nền (tên bệnh:)	□ có	□ không	
Hiện tại, bạn có đang mắc bệnh gì không và có đang điều trị hay uống thuốc không? Tên bệnh: □ bệnh tim □ bệnh thận □ bệnh gan □ bệnh mạch máu □ bệnh gây khó cầm máu □ suy giảm miễn dịch □ bệnh khác ( ) Loại điều trị: □ thuốc chống đông máu ( ) □ khác ( )	□ có	□ không	
Bạn có bị sốt hoặc bị ốm trong vòng 1 tháng qua không? Tên bệnh ( )	□ có	□ không	
Hôm nay bạn có cảm thấy có chỗ nào không khỏe không? Tình trạng ( )	□ có	□ không	
Bạn có từng bị co giật (động kinh) không?	□ có	□ không	
Bạn có từng gặp phải các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng (như sốc phản vệ) do thuốc hoặc thực phẩm không? Thuốc hoặc thực phẩm gây ra tình trạng trên ( )	□ có	□ không	
Bạn có từng bị ốm sau khi tiêm chủng không? Loại vắc-xin ( ) Tình trạng ( )	□ có	□ không	
Bạn có đang mang thai hay nghi ngờ mình mang thai không (ví dụ, kinh nguyệt trễ hơn dự kiến)? Hay bạn đang cho con bú?	□ có	□ không	
Bạn có tiêm loại vắc-xin nào trong vòng hai tuần qua không? Loại vắc-xin ( ) Ngày tiêm ( )	□ có	□ không	
Bạn có câu hỏi nào về loại vắc-xin sẽ tiêm ngày hôm nay không?	□ có	□ không	

Phần bác sĩ điền	Dựa trên kết quả của các câu hỏi ở trên và quá trình kiểm tra sức khỏe, việc tiêm vắc-xin hôm nay (□ có thể thực hiện, □ không thể thực hiện). Tôi đã giải thích cho bệnh nhân về tác dụng của vắc-xin, cũng như các tác dụng phụ và Hệ thống trợ cấp cho các tổn hại sức khỏe do tiêm chủng. □ Người được tiêm chủng dưới 16 tuổi (đánh dấu vào ô này nếu có)	Chữ ký và con dấu của bác sĩ

Đơn yêu cầu tiêm chủng vắc-xin ngừa virus corona

Sau khi được bác sĩ thăm khám, giải thích và bạn đã hiểu rõ về tác dụng cũng như tác dụng phụ của vắc-xin, bạn có muốn được tiêm vắc-xin này không?
(□ Tôi muốn được tiêm chủng / □ Tôi không muốn tiêm chủng)

Mục đích của phiếu kiểm tra y tế sơ bộ này là để đảm bảo tính an toàn của vắc-xin.
Tôi đã hiểu điều này và đồng ý rằng phiếu kiểm tra y tế sơ bộ này sẽ được trình lên chính quyền thành phố, Hiệp hội bảo hiểm y tế quốc gia toàn Nhật Bản và Liên đoàn các tổ chức bảo hiểm y tế quốc gia.

Ngày:　　Chữ ký của người được tiêm chủng hoặc

(* Nếu người được tiêm chủng không thể tự mình ký tên vào đơn này thì người đại diện phải ký tên vào đơn, và phải nêu rõ tên cũng như mối quan hệ của người đại diện với người được tiêm chủng.)
(* Đối với người dưới 16 tuổi, đơn này phải có chữ ký của người giám hộ; đối với người được giám hộ nhưng đã qua tuổi thành niên, thì phải có chữ ký của chính người đó hoặc người giám hộ đã trưởng thành).

Phần bác sĩ điền	Tên vắc-xin và số lô	Liều tiêm	Nơi tiêm chủng, tên bác sĩ và ngày tiêm chủng　* Vui lòng điền mã cơ sở y tế và ngày tiêm chủng cho khớp với các ô này.	
	Vị trí niêm phong		Nơi tiêm chủng	Mã tổ chức y tế
	* Dán thẳng dọc theo khung. (Lưu ý: Đảm bảo rằng chưa đến ngày hết hạn.)	ml	Tên bác sĩ	Ngày tiêm　* Ví dụ: Ngày 1 tháng 4 năm 2021 → 2021/04/01