

Ang
Susulatan

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

市区町村 記載されている住所	大阪府 大阪府 大阪 区 村	種別 大阪府立病院	4 種別 211004
フリガナ 氏名	MVVVVVVVVV20^AAAAAAAAAM	診療科 2---10---2	種別 MVVV10^AAAM
生年月日 (西暦)	X X X X 年 X X 月 X X 日 生 (歳) [] 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	診察日の体温 [] 度 [] 分	

新型コロナウイルスの接種を受けたことがありますか。 接種回数 (3 回) 前回の接種日 (X X X X 年 X X 月 X X 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスの種類 (M-----13-----M)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現時点で住居のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血圧疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管出血傾向 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
けいふん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬や食品などで、重いアレルギー=症状(アナフィラキシー=など)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか、または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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"/> 具 合 不 合	医師署名又は記名押印
医療機関 記入欄 <input type="checkbox"/> 院内(受付科) () <input type="checkbox"/> 林下 <input type="checkbox"/> 小児科(受診) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備②	

新型コロナウイルス接種再確認書

医師の診察・問診を受け、接種の安全性や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 接種を希望します 接種を希望しません

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

年 月 日 接種者又は
保護者自筆

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※国産ワクチンコード・接種年月日と併せて必ず記入してください。
※枠に合わせてまっすぐに 貼り付けてください (注)有効期限が切れている場合は	医師名	医師署名コード	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2022 年 [] 月 [] 日

Sagutin ang nakakahon.

Questionnaire para sa Paunang Medikal na Pagsusuri (Filipino)

予診票 (追加接種) タカログ語

Form ng paunang medikal na pagsusuri para sa bakuna sa coronavirus (Para sa karagdagang pagbabakuna)

*Mangyaring punan o lagyan ng tsek ang kahon sa loob ng naka-bold na frame.

Adres sa resident card	Prepektura		Lungsod		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。
	Adres				
Farigana					
Pangalan			Telepono		
Araw ng kapanganakan	Taon	Buwan	Araw	Taong gulang	<input type="checkbox"/> lalaki <input type="checkbox"/> babae
Tanong				Temperatura ng katawan bago ang pagsusuri	Degrees
Nabakunahan ka na ba para sa COVID-19? (Kung ikaw ay nabakunahan na dati, petsa ng unang dosis: Buwan/ Araw/ Taon, petsa ng pangalawang dosis: Buwan/ Araw/ Taon) Bakunang natanggap ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Pareho ba ang lungsod, bayan, o nayon kung saan ka kasalukuyang naninirahan sa lungsod, bayan, o nayon na nakasaad sa kupon?				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Nabasa mo na ba ang "Mga tagubilin para sa bakuna sa coronavirus" at naiintindihan mo ba ang mga epekto at masamang epekto nito?				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Ikaw ba ay kasalukuyang nakakaranas ng anumang uri ng karamdaman at tumatanggap ng paggamot o gamot? Pangalan ng sakit: <input type="checkbox"/> sakit sa puso <input type="checkbox"/> sakit sa bato <input type="checkbox"/> sakit sa atay <input type="checkbox"/> sakit sa dugo <input type="checkbox"/> sakit na nagpapahirap itigil ang pagdurugo <input type="checkbox"/> immune deficiency <input type="checkbox"/> capillary leak syndrome <input type="checkbox"/> iba pa () Paraan ng paggamot: <input type="checkbox"/> gamot na nagpapanipis ng dugo () <input type="checkbox"/> iba pa ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Nilagnat o nagkasakit ka ba sa nakaraang buwan? Pangalan ng sakit ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Mayroon bang bahagi ng iyong katawan na hindi maganda ang pakiramdam ngayon? Kundisyon ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Naranasan mo bang magkaroon ng kombulsyon (seizure)?				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Nakaranas ka ba ng malubhang sintomas ng allergy (tulad ng anaphylaxis) mula sa gamot o pagkain? Gamot o pagkain na sanhi ng problema ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Nagkaroon ka ba ng sakit matapos makatanggap ng bakuna? Uri ng bakuna () Kundisyon ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Mayroon bang posibilidad na ikaw ay kasalukuyang buntis (halimbawa, ang iyong regla ay huli kaysinaasahan)? O nagpapasuso ka ba?				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Nagpabakuna ka ba sa loob ng nakaraang dalawang linggo? Uri ng bakuna () Petsa ng bakuna ()				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Mayroon ka bang mga katanungan ukol sa bakuna ngayon?				<input type="checkbox"/> oo	<input type="checkbox"/> hindi
Para sa doktor lamang	Bilang resulta ng mga katanungan sa itaas at pagsusuri, ang bakuna ay (<input type="checkbox"/> posible, <input type="checkbox"/> hindi posible) sa araw na ito. Ipinaliwanag ko sa pasyente ang mga epekto ng bakuna, masamang epekto, at ang Relief System for Injury to Health with Vaccination.			Pirma at tatak ng doktor	
Entry field ng institusyong medikal	<input type="radio"/> Off hours (oras na tumatanggap: :) <input type="radio"/> Non-consultation day <input type="radio"/> Bata (wala pang 6 taong gulang) <input type="radio"/> Reserba ① <input type="radio"/> Reserba ② *Mangyaring kulayan ng itim ang bilog ng naaangkop na item nang hindi lumalampas sa marka				
Request Form para sa Pagbabakuna sa Coronavirus Pagkatapos tumanggap ng medikal na pagsusuri at paliwanag mula sa doktor at matapos masunawaan ang epekto at masamang epekto ng bakuna, nais mo bang tumanggap ng bakunang ito? (<input type="checkbox"/> Nais kong magbabakuna/ <input type="checkbox"/> Hindi ko nais magbabakuna)					
Ang layunin ng form sa paunang medikal na pagsusuri ay upang tiyakin ang kaligtasan ng bakuna. Naiintindihan ko ito at pumapayag na isumite ang form ng paunang medikal na pagsusuri na ito sa pamahalaang munisipal, All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations, at National Health Insurance Organization.			Pirma ng nabakunahan: tao o ng kahalang pagpap-alaga Petsa: (*Kung hindi magawang pumirma ng misamang taong nabakunahan, isang kinatawan ang dapat pumirma ng form, at dapat nakasaad ang pangalan ng kinatawan at relasyon nito sa taong nabakunahan.) (*Sa kaso ng taong wala pang 16 taong gulang, ang form ay dapat pirmahan ng guardian; sa kaso ng adult ward, dapat pirmahan ng misamang tao ang form, o ng guardian na may sapat na gulang.)		
Patalang na pinumamag ng doktor	Pangalan ng bakuna at lot number	Dati ng bakuna	Lokasyon ng pagbabakuna, pangalan ng doktor, at petsa ng pagbabakuna		
	Posisyon ng Selyo		Lokasyon ng pagbabakuna		
*Idikit ito nang tiwid sa kahabaan ng frame. (Tandaan: Treaking hindi pa napuno ang expiration date.)			Code ng institusyong medikal		
		Pangalan ng doktor	Petsa ng Pagbabakuna *Halimbawa: Abril 1, 2021 --2021.04.01		

Ito ang nilalaman ng questionnaire na isinalin sa Filipino.

Gamitin ito bilang reperensiya sa pagsagot sa questionnaire na hawak ninyo.

Ang data ng salin na ito ay nasa homepage ng Ministry of Health, Labor and Welfare.

[Ministry of Health, Labor and Welfare. HP]

