

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

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 <small>*请将符合项的符号涂黑，涂黑时请勿出框。</small>
--------	--

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： _____
<small>(*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。)</small>

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	mL	接种地点	医疗机构代码
	*请沿方框整齐粘贴		医生姓名	接种日期 *示范： 2021年4月1日 →2021/04/01
	(注：确保未过有效期)			