

استمارة الفحص الطبي الأولي للقاح فيروس كورونا

*يرجى إدخال المعلومات المطلوبة أو الاكتفاء بوضع علامة داخل الخانة المناسبة

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。

العنوان المشار إليه في بطاقة الإقامة	المحافظة	المدينة
فوريغانا		العنوان:
الاسم	الهاتف	()
تاريخ الميلاد	السنة	السن ()
	الشهر	اليوم
		أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>
		درجة حرارة الجسم قبل الفحص

خانة خاصة بالطبيب	خانة الإجابة	الأسئلة
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل هذه هي المرة الأولى التي تأخذ فيها لقاح فيروس كورونا؟ إذا سبق لك أن تلقيت اللقاح من قبل، المرجو الإشارة إلى تاريخ ذلك: اليوم \ الشهر - تاريخ اللقاح الثاني : اليوم \ الشهر
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تعيش في نفس المدينة البلدة القرية التي أشرت لها في القسيمة المرفقة؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل قرأت التعليمات الخاصة بلقاح كورونا وهل فهمت جيدا الآثار الجانبية التي قد تترتب عن هذا اللقاح؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل أنت واحد(ة) من الفئات التي تحظى بالأولوية في تلقي اللقاح؟ <input type="checkbox"/> موظف في إحدى الإدارات العمومية <input type="checkbox"/> من الفئة العمرية بين 60 سنة و 64 سنة <input type="checkbox"/> من الفئة العمرية فوق 65 سنة <input type="checkbox"/> موظف في قطاع الصحة <input type="checkbox"/> هل تعاني من مرض أساسي أو مزمن، يرجى الإشارة إلى اسم المرض.....
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تعاني من أي مرض وأنت بصدد تتبّع عملية العلاج منه؟ اسم المرض: <input type="checkbox"/> مرض القلب <input type="checkbox"/> مرض الكلى <input type="checkbox"/> مرض الكبد <input type="checkbox"/> مرض الدم <input type="checkbox"/> مرض يحد من إيقاف نزيف الدم <input type="checkbox"/> مرض نقص المناعة المكتسبة <input type="checkbox"/> مرض آخر (.....) طبيعة العلاج: علاج يهّم تلقي مخففات الدم (.....) علاجات أخرى (.....) (.....)
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل أعلمك الطبيب المعالج أنه بإمكانك تلقي اللقاح هذا اليوم؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل عانيت من الزكام أو مرض آخر خلال الشهر الأخير؟ اسم المرض
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تشعر بأي ألم في الجسم اليوم؟ ما هي الأعراض
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل عانيت مؤخرا من أي تشنجات؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل عانيت مؤخرا من أي أعراض مرتبطة بالحساسية (من قبيل الإغوار أو الحساسية المفرطة) بسبب تناولك أدوية أو أطعمة معينة؟ ما نوع الأدوية أو الأطعمة التي تناولتها وتسببت في مشكلة الحساسية ()
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل عانيت من حالة مرضية بعد تفكيك اللقاح؟ نوع اللقاح (.....) الأعراض (.....)
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل لديك بعض أعراض الحمل (مثل: تأخر الدورة الشهرية)؟ أو هل أنت ترضعين في الوقت الحالي؟
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تلقيت في الأسبوعين الأخيرين أي لقاحات أخرى؟ تاريخ التلقيح () نوع اللقاح ()
	لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل لديك أية أسئلة بخصوص عملية اللقاح الحالية؟

خانة خاصة بالطبيب	على ضوء المعلومات المشار إليها أعلاه، هل تلقي التلقيح يعد أمرا <input type="checkbox"/> ممكن <input type="checkbox"/> غير ممكن <input type="checkbox"/>	ختم وتوقيع الطبيب
	لقد وضحت للمعني بالأمر جميع الآثار الجانبية الممكن حدوثها إثر هذا اللقاح وأيضا شرحت له (لها) إنظام التخفيف من الإصابة المترتبة عن التلقيح المعني بالأمر الذي تلقى التلقيح يدخل في الفئة العمرية أقل من 6 سنوات (أملئ الخانة إن توفرت المعلومات) <input type="checkbox"/>	

نموذج طلب الاستفادة من التلقيح :
بعد تفكيك الفحص الطبي وجميع الشروحات بخصوص الآثار الممكن أن تترتب عن هذا التلقيح، هل مازالت ترغب في تلقي هذا اللقاح؟
 لا أربغ في تلقي التلقيح أربغ في تلقي التلقيح .

إن الهدف من هذه الاستمارة الخاصة بالفحص الطبي الأولي هو ضمان سلامة التلقيح. أفهم جيدا هذا المحتوى وأوافق على ما ورد في الاستمارة الخاصة بالفحص الطبي الأولي التي وضعتها الحكومات المحلية والوطنية اليابانية للمنظمات الوطنية الخاصة بالتأمين الصحي والاتحاد الياباني للمنظمات الوطنية للتأمين الصحي.

توقيع الشخص المستفيد من التلقيح التاريخ:

إذا لم يستطع المعني بالتلقيح أن يوقع يجب أن يقوم ولي أمره بتوقيعها مع ذكر اسمه وصفته و*طبيعة علاقته بالمعني بالأمر. إذا كان المعني بالأمر أقل من 16 سنة، يجب أن يقوم ولي أمره بتوقيع هذه الاستمارة وفي حال كان المعني بالأمر يبلغ سن الرشد فعليه أن يقوم بتوقيعها بنفسه أو يقوم من ينوب عنه قانونا بتوقيعها.

خانة خاصة بالطبيب	اسم التلقيح ورقم الدفعة	مقدار جرعة التلقيح	موقع تلقي اللقاح، اسم الطبيب وتاريخ تلقي التلقيح	* يرجى الإشارة إلى ترقيم المؤسسة الطبية وتاريخ التلقيح بالشكل المناسب
	الخاتم		موقع التلقيح	ترقيم المؤسسة الطبية
	*يرجى الصاقها بالموازاة مع خطوط الإطار	مليتر	اسم الطبيب	مثال: 01 أبريل 2021، 01/04/2021 تاريخ التلقيح
	ملاحظة: تأكد من أن تاريخ الصلاحية لا يزال ساريا			