Форма предварительного медицинского обследования для вакцинации от коронавируса нового типа

*Заполните или отметьте поля ☑ внутри выделенной полужирным рамки

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。

Адрес на карте резидента	Префектура	Город	
	Адрес		
Фуригана		Тел.	( ) -
Имя			
Дата рождения	Год Месяц Дата	(возраст)	☐ муж. ☐ жен.
Температура тела перед обследованием	Градусов		

Вопрос	Поле для ответа		Заполняет врач
Вы впервые получаете вакцину от коронавируса нового типа? (Если Вы были вакцинированы ранее, когда это было в 1-й раз: дд/ мм, дата 2-го раза: дд/ мм)	☐ да	☐ нет	
Совпадает ли город, населенный пункт или деревня, в которой Вы в настоящее время проживаете, с городом, населенным пунктом или деревней, указанными в купоне?	☐ да	☐ нет	
Читали ли Вы "Инструкцию по применению вакцины от коронавируса нового типа" и понимаете ли Вы последствия и неблагоприятные побочные эффекты?	☐ да	☐ нет	
Попадаете ли Вы в одну из целевых групп с более высоким приоритетом для вакцинации? ☐ Медицинский персонал и т. д. ☐ Лица в возрасте 65 лет и старше; ☐ Лица в возрасте от 60 до 64 лет; ☐ Сотрудники дома для престарелых и т. д. ☐ Лицо с сопутствующим заболеванием (название заболевания:)	☐ да	☐ нет	
Страдаете ли Вы в настоящее время какой-либо болезнью и проходите ли лечение или получаете ли лекарства? Название заболевания: ☐ болезнь сердца ☐ болезнь почек ☐ болезнь печени ☐ болезнь крови ☐ болезнь, затрудняющая остановку кровотечения ☐ иммунодефицит ☐ другая ( ) Характер лечения: ☐ разжижающее кровь лекарство ( ) ☐ другое ( )	☐ да	☐ нет	
Говорил ли Вам Ваш лечащий врач, занимающийся данной болезнью, что Вы можете провакцинироваться сегодня?	☐ да	☐ нет	
Была ли у Вас лихорадка или болели ли Вы за последний месяц? Название болезни ( )	☐ да	☐ нет	
Есть ли какие-то части Вашего тела, недомогание в которых Вы сегодня чувствуете? Состояние ( )	☐ да	☐ нет	
Были ли у Вас когда-нибудь судороги (припадки)?	☐ да	☐ нет	
Испытывали ли Вы когда-нибудь серьезные аллергические реакции (например, анафилактический шок) от лекарств или продуктов питания? Лекарства или продукты питания, которые вызвали проблему ( )	☐ да	☐ нет	
Болели ли Вы когда-нибудь после получения вакцины? Тип вакцины ( ) Состояние ( )	☐ да	☐ нет	
Есть ли вероятность того, что Вы в настоящее время беременны (например, Ваши месячные проявились позже, чем ожидалось)? Кормите ли Вы грудью?	☐ да	☐ нет	
Принимали ли Вы какие-либо вакцины в течение последних двух недель? Тип вакцины ( ) Дата вакцинации ( )	☐ да	☐ нет	
Есть ли у Вас есть какие-нибудь вопросы по поводу вакцины?	☐ да	☐ нет	

Заполняет врач	Исходя из результатов, полученных на основе вышеприведенных вопросов и экспертизы, сегодняшняя вакцинация является (□ возможной, □ невозможной). Я объяснил пациенту действие вакцины, побочные эффекты и систему устранения вреда здоровью при вакцинации. □ Лицо, подлежащее вакцинации, не достигло 6 лет (укажите, если применимо)	Подпись и печать врача

Форма запроса на вакцинацию от коронавируса

После медицинского осмотра и объяснений от врача и понимания последствий и побочных эффектов вакцины, хотите ли Вы получить её?
(□ Я хочу вакцинироваться □ Я не хочу вакцинироваться)

Целью данной формы предварительного медицинского обследования является обеспечение безопасности вакцины. Я понимаю это и даю согласие на то, чтобы данная форма предварительного медицинского обследования была представлена органам муниципальной власти, Федерации национальных организаций медицинского страхования Японии и Национальной организации медицинского страхования.

Подпись привитого лица или его опекуна
Дата:

(*Если лицо, подлежащее вакцинации, не может подписать форму самостоятельно, его представитель должен подписать форму, а также указать свое имя и родство с лицом, подлежащим вакцинации.)
(*Если лицо не достигло 16-летнего возраста, данный бланк должен подписать его опекун; если подопечный является взрослым, данный бланк следует подписать самому лицу или опекуну взрослого лица.)

Заполняет врач

Название вакцины и номер партии	Количество прививок	Место вакцинации, имя врача и дата вакцинации *Впишите код медицинского учреждения и дату вакцинации так, чтобы они поместились в данном поле.	
Место печати		Место проведения вакцинации	Код медицинского учреждения
*Прикрепите прямо к рамке.		Имя врача	Дата вакцинации *Пример: 1 апреля 2021 года →01.04.2021
(Примечание: убедитесь в том, что срок годности не истек.)	мл		