

# Form ng paunang medikal na pagsusuri para sa bakuna sa coronavirus

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

## 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 sa resident card	Prepektura	Lungsod	
	Adres		
Furigana		Telepono	( )
Pangalan			
Araw ng kapanganakan	Taon	Buwan	Araw ( )
			□ lalaki □ babae
			Taong gulang ( )
			Temperatura ng katawan bago ang pagsusuri
			Degrees
Tanong			Patlang para sa sagot
Patlang na pinunan ng doktor			
Tatanggap ka ba ng bakuna sa unang pagkakataon? (Kung ikaw ay nabakunahan na dati, petsa ng unang pagkakataon: Buwan/ Araw, petsa ng pangalawang pagkakataon: Buwan/ Araw)			<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
Kabilang ka ba sa isa sa mga target groups na may mataas na prioridad para sa bakunang ito? <input type="checkbox"/> Tauhang medikal, atbp. □ 65 taong gulang o higit pa □ 60 hanggang 64 taong gulang □ Manggagawa sa pasilidad para sa mga senior citizen, atbp. <input type="checkbox"/> May kronikong sakit (pangalan ng sakit: )			<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: □ sakit sa puso □ sakit sa bato □ sakit sa atay □ sakit sa dugo □ sakit na nagpapahirap itigil ang pagdurugo □ immune deficiency □ iba pa ( ) Paraan ng paggamot: □ gamot na nagpapanipis ng dugo ( ) □ iba pa ( )			<input type="checkbox"/> oo <input type="checkbox"/> hindi
Sinabi ba ng doktor na gumagamot sa iyo na maaari kang magpabakuna sa araw na ito?			<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 kaysainaaasahan)? 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
Patlang na pinunan ng doktor	Bilang resulta ng mga katanungan sa itaas at pagsusuri, ang bakuna ay (□ posible, □ 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
	<input type="checkbox"/> Ang taong babakunahan ay wala pang anim na taong gulang (punan kung naaangkop)		
<b>Request Form para sa Pagbabakuna sa Coronavirus</b> Pagkatapos tumanggap ng medikal na pagsusuri at paliwanag mula sa doktor at matapos maunawaan ang epekto at masamang epekto ng bakuna, nais mo bang tumanggap ng bakunang ito? <input type="checkbox"/> Nais kang 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.			
Pangalan ng bakuna at lot number		Dami ng bakuna	Lokasyon ng pagbabakuna, pangalan ng doktor, at petsa ng pagbabakuna
Posisyon ng Selyo		Lokasyon ng pagbabakuna	
*Idikit ito nang <u>tuwid</u> sa kahabaan ng frame. (Tandaan: Tiyaking hindi pa napaso ang expiration date.)		Pangalan ng doktor	Code ng institusyong medikal
ml		Petsa ng Pagbabakuna *Halimbawa: Abril 1, 2021 →2021/04/01	

Pirma ng nabakunahang tao o ng kanilang tagapag-alaga

Petsa:

(\*Kung hindi magawang pumirma ng mismong taong babakunahan, isang kinatawan ang dapat pumirma ng form, at dapat nakasaad ang pangalan ng kinatawan at relasyon nito sa taong babakunahan.)

(\*Sa kaso ng taong wala pang 16 taong gulang, ang form ay dapat pirmahan ng guardian; sa kaso ng adult ward, dapat pirmahan ng mismong tao ang form, o ng guardian na may sapat na gulang.)

\*Mangyaring ilagay ang code ng institusyong medikal at petsa ng pagbabakuna sa paraang magkakasya sa loob ng patlang na ito.