

新冠疫苗接種的初步醫檢表

*請在下表中填寫相關內容或打勾 。

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。

居民登錄住址	縣	市				
	住址					
假名注音			聯繫電話	()		
姓名						
出生日期	年	月	日	() 歲	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	問診前的體溫
						度

問題	回答欄	醫務人員填寫
您是否第一次接種新冠疫苗? (如果此前已經接種, 請填寫第一次接種日期: 月/ 日、第二次接種日期: 月/ 日)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您現在居住的市/町/村是否與接種券上的市/町/村一致?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否已經閱讀《新冠疫苗接種說明書》, 並理解了疫苗接種後的效果和不良反應?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否屬於下列優先接種疫苗的群體? <input type="checkbox"/> 醫務人員等 <input type="checkbox"/> 年齡 65 歲及以上的老年人 <input type="checkbox"/> 年齡介於 60 至 64 歲之間 <input type="checkbox"/> 老年設施工作人員等 <input type="checkbox"/> 基礎疾病患者 (所患疾病:)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您目前是否患有某種疾病並接受治療或服用藥物? 所患疾病名稱: <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腎病 <input type="checkbox"/> 肝病 <input type="checkbox"/> 血液疾病 <input type="checkbox"/> 止血困難症 <input type="checkbox"/> 免疫缺陷症 <input type="checkbox"/> 其它 () 醫學治療: <input type="checkbox"/> 血液稀釋藥物 () <input type="checkbox"/> 其它 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您上個月是否有過發熱或感覺不適? 所患疾病名稱 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您今天是否感覺有部位不適? 不適症狀 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否有過痙攣 (癲癇) 症狀?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否對藥物或食物產生過嚴重的過敏症狀 (例如過敏症)? 引起過敏症狀的藥物或食物的名稱 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否經歷過疫苗接種後的不適症狀? 疫苗類型 () 不適症狀 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您目前是否可能懷孕 (比如您的生理期晚於預期)? 或者您目前處於哺乳期?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否在過去二周內接種過疫苗? 疫苗類型 () 接種日期 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否對今天要接種的疫苗存在疑問?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
醫務人員填寫	鑒於上述問診和檢查結果, 今天 (<input type="checkbox"/> 可以、 <input type="checkbox"/> 不可以) 接種疫苗。 我已解釋了本疫苗接種後的效果、不良反應以及與疫苗接種相關的健康損害保障機制。 <input type="checkbox"/> 疫苗接種者未滿 6 歲 (如申請接種, 請在此處填寫)	
	Signature and seal of doctor	

新冠疫苗接種申請表

在接受醫學檢查問診並聽取醫生解釋本疫苗接種後的效果及不良反應後, 您是否願意接種本疫苗?

(我願意接種 / 我不願意接種)

填寫本初步醫檢表的目的是為了確保疫苗接種的安全性。
我理解並同意本初步醫檢表提交至地方政府、公益社團法人國民健康保險中央會以及國民健康保險組織。

日期:	受接種者或其監護人的姓名
(*如果受接種者本人無法填寫, 本表必須由其代理人填寫, 並備註代理人姓名及其與受接種者的關係。) (*如果受接種者未滿 16 歲, 本表必須由其監護人填寫。如果疫苗接種地點為成人病房, 本表必須由受接種者本人或其成年監護人填寫。)	

Field filled in by doctor	疫苗名稱和批號	接種劑量	接種地點、醫生姓名、接種日期	*請在此處填寫醫療機構代碼及接種日期
	蓋章處	ml	接種地點	醫療機構代碼
	*請沿方框整齊黏貼 (注: 確保未過有效期)		醫生姓名	接種日期 *示範: 2021 年 4 月 1 日 →