

札幌市提出用

## 新型コロナワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	①	都 道 府 県	市 区 町 村	
フリガナ	氏 名	②	電話番号	③
生年月日 (西暦)	④	年	月	日
性 別	⑤	男	女	⑥
診察前の体温	⑦	度	分	

質問事項	回答欄	医師記入欄
⑧ 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑨ 現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑩ 「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病 名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑫ 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑬ 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑭ けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑮ 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑯ これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑰ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑱ 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑲ 今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可能 + <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
--	------------

医師機関 記入欄 〇 時間外(受付時間: ) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備 〇 予備② <small>※該当する項目について、マークの欄がはみ出さないように書きつづけてください。</small>	<h3>新型コロナワクチン接種希望書</h3> <p>医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 接種を希望しません )</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 被接種者又は保護者自署</p> <p style="text-align: right;"><small>(は自身でできない場合は代理人の署名、代理人の署名は本人又は成年後見人自署)</small></p>
--	---

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所 施設名・接種年月日	市医師機関コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置			医師機関コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れているか確認	ml	医師名	接種年月日 申記入 期: 4月1日→4月31日 202 年 月 日

## Phiếu kiểm tra y tế sơ bộ để tiêm chủng vaccin ngừa corona

(dùng cho tiêm mũi bổ sung)

Gửi thành phố Sapporo

\*Điền thông tin hoặc đánh dấu vào ☐ trong khung in đậm

- ① Địa chỉ trên thẻ cư trú
- ② Họ tên (viết Furigana ở trên)
- ③ Điện thoại
- ④ Ngày sinh (Lịch dương)
- ⑤ Tuổi
- ⑥ Giới tính ☐ nam ☐ nữ
- ⑦ Thân nhiệt trước khi khám
- ⑧ Đây có phải là lần đầu tiên bạn tiêm chủng vaccin ngừa corona không?  
Ngày tiêm (Mũi 1: năm tháng ngày, Mũi 2: năm tháng ngày)  
Loại vaccin đã tiêm ( )
- ⑨ Địa chỉ trên thẻ cư trú có giống với địa chỉ trên phiếu tiêm vaccin không?
- ⑩ Bạn đã đọc 「Giấy giải thích về vaccin」 và hiểu rõ về hiệu quả và tác dụng phụ của vaccin chưa?
- ⑪ Hiện tại, bạn có đang mắc bệnh gì không và có đang điều trị hay uống thuốc không?  
Bệnh (Tên bệnh): ☐ 心臓病(bệnh tim) ☐ 腎臓病(bệnh thận) ☐ 肝臓病(bệnh gan)  
☐ 血液疾患(bệnh mạch máu) ☐ 血が止まりにくい病気(bệnh gây khó cầm máu)  
☐ 免疫不全(suy giảm miễn dịch) ☐ 毛細血管漏出症候群(bệnh rò rỉ mao mạch)  
☐ その他(bệnh khác) ( )  
治療内容(Loại điều trị): ☐ 血をサラサラにする薬(thuốc chống đông máu) ( )  
☐ その他(khác) ( )
- ⑫ Bạn có bị sốt hoặc ốm trong vòng 1 tháng qua không? Tên bệnh ( )
- ⑬ Hôm nay bạn có cảm thấy không khỏe không? Tình trạng ( )
- ⑭ Bạn có từng bị co giật (động kinh) không?
- ⑮ Bạn có từng gặp phải các triệu chứng dị ứng nghiêm trọng(như sốc phản vệ) do thuốc hoặc thực phẩm không?  
Loại thuốc hoặc thực phẩm gây dị ứng ( )
- ⑯ Bạn có từng bị ốm sau khi tiêm không?  
Loại vaccin ( ) Tình trạng ( )
- ⑰ Bạn có đang mang thai, cho con bú hay nghi ngờ mình mang thai không (kinh nguyệt bị trễ)?
- ⑱ Bạn có tiêm loại vaccin nào trong vòng 2 tuần qua không?  
Loại vaccin ( ) Ngày tiêm ( )
- ⑲ Bạn có câu hỏi nào về tiêm vaccin ngày hôm nay không?
- ⑳ Bạn có muốn được tiêm vaccin sau khi hiểu rõ về hiệu quả và tác dụng phụ của vaccin?  
(☐接種を希望します(Có) ☐接種を希望しません(Không))

Trả lời: はい là có, いいえ là không