

Vui lòng đo nhiệt độ cơ thể tại nhà trước khi khám trước khi khám

Những người có nhiệt độ cơ thể từ 37,5 ° C trở lên không thể tiêm chủng.

Phiếu kiểm tra trước khi tiêm chủng

※Vui lòng điền vào ô dày

		Thân nhiệt	°C
Địa chỉ	TEL () -		
Tên người được tiêm	Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam 男	<input type="checkbox"/> Nữ 女
Họ tên phụ huynh	Ngày tháng năm sinh	ngày 日	tháng 月 Năm 年 tuổi

Nội dung hỏi	Cột trả lời	医師記入欄
1 Bạn có đọc và hiểu phần hướng dẫn về việc tiêm chủng dự phòng sẽ thực hiện ngày hôm nay chưa?	<input type="checkbox"/> Không いいえ <input type="checkbox"/> Có	
2 Tiêm chủng dự phòng cúm được thực hiện ngày hôm nay là lần đầu tiên trong mùa này phải không?	<input type="checkbox"/> Không đây là lần thứ 2 <input type="checkbox"/> Có	
3 Hôm nay có chỗ nào khó chịu trong người không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
4 Hiện tại, có đang bị bệnh nào cần khám bác sỹ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
5 Nội trong vòng 1 tháng gần đây có bị bệnh không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
6 Cho đến giờ có đi khám bác sỹ do bị bệnh đặc biệt không? không?	<input type="checkbox"/> Có はい <input type="checkbox"/> Bệnh hệ tim mạch 心臓血管系 <input type="checkbox"/> Thận 腎臓 <input type="checkbox"/> Gan 肝臓 <input type="checkbox"/> Bệnh về máu 血液疾患 <input type="checkbox"/> Bệnh suy giảm miễn dịch 免疫不全症	<input type="checkbox"/> Không
7 Trong thân nhân có người nào đã được chẩn đoán là bị chứng suy yếu hệ miễn dịch bẩm sinh không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
8 Cho đến giờ có từng bị co giật (lên kinh phong) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
9 Bạn đã từng bị nổi mề đay bằng thuốc hay thức ăn chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
10 Bạn đã bao giờ được chẩn đoán mắc bệnh hen phế quản chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
11. Cho đến giờ khi tiêm chủng có khi nào bị đau khó chịu không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
12. Nội trong vòng 1 tháng nay, gia đình và xung quanh có ai bị bệnh sởi, rubella, thủy đậu, quai bị hay không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
13. Bạn đã chủng ngừa corona trong vòng 2 tuần?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
14. (Đối với phụ nữ) Hiện tại có đang mang thai không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
15. Có gì bất thường như khi mới đẻ, sau khi sinh, khi khám sức khỏe sơ sinh, v.v... không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
16. Ngoài ra, vui lòng ghi cụ thể điều cần truyền đạt đến bác sỹ về tình trạng sức khỏe, nếu có.		

Mục dành cho bác sỹ: Do kết quả của các cuộc phỏng vấn và xét nghiệm y tế, việc tiêm chủng hiện đã có sẵn (có thể / hoãn lại)	Chữ ký của bác sỹ
--	-------------------

Sau khi được giải thích và nhận chẩn đoán của bác sỹ, sau khi hiểu rõ về hiệu quả và mục đích của việc tiêm chủng, khả năng phản ứng phụ nghiêm trọng, v.v... bạn có muốn được tiêm chủng không? <input type="checkbox"/> Muốn tiêm 希望します <input type="checkbox"/> Không muốn tiêm 希望しません	hoặc chữ ký phụ huynh
--	-----------------------

Tên vắc xin sử dụng	Cách dùng/Lượng dùng	Nơi tiêm/Tên bác sỹ/Thời gian tiêm
Vắc xin cúm HA Lot. No. :	Tiêm dưới da ml	Nơi tiêm : おおば小児科 Tên bác sỹ : 大場 悟 hời gian tiêm : 年 月 日