

Questionnaire de dépistage pour le vaccin contre le coronavirus

*Veuillez remplir ou cocher les cases à l'intérieur du cadre en gras.

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。

Adresse figurant sur la carte de résident	Préfecture	Ville	
	Adresse		
Furigana	()		
Nom et prénom	Tél.	()	
Date de naissance	Année	Mois	Jour () ans
			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
			Température corporelle avant examen
			Degrés

Questionnaire	Réponses	Champ réservé au médecin
Recevez-vous le vaccin contre le coronavirus pour la première fois ? (Si vous avez déjà été vacciné, indiquez la date de la première vaccination : mois/ jour, Date de la 2 ^{ème} vaccination : mois/ jour)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
La ville, la municipalité ou le village où vous résidez actuellement correspond-il à la ville, municipalité ou village indiqué sur votre bon de vaccination ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous lu les "instructions sur le vaccin contre le coronavirus" et avez-vous compris les effets du vaccin ainsi que les effets secondaires ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Faites-vous partie de l'un des groupes suivants qui est prioritaire pour recevoir la vaccination ? <input type="checkbox"/> Personnel médical, etc. <input type="checkbox"/> Personne âgée de 65 ans ou plus <input type="checkbox"/> Personne âgée de 60 à 64 ans <input type="checkbox"/> Personnel travaillant dans un établissement pour personnes âgées, etc. <input type="checkbox"/> Personne atteinte d'une maladie sous-jacente (nom de la maladie : ())	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Etes-vous atteint d'une maladie, suivez-vous un traitement médical ou prenez-vous un médicament ? Nom de la maladie : <input type="checkbox"/> maladie cardiaque <input type="checkbox"/> maladie rénale <input type="checkbox"/> maladie du foie <input type="checkbox"/> maladie du sang <input type="checkbox"/> maladie avec troubles de la coagulation <input type="checkbox"/> déficience immunitaire <input type="checkbox"/> Autre () Nature du traitement : <input type="checkbox"/> Anticoagulant () <input type="checkbox"/> Autre ()	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous eu de la fièvre ou avez-vous été malade au cours du mois dernier ? Nom de la maladie ()	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Aujourd'hui, ressentez-vous un malaise physique dans une partie de votre corps ? Si oui, décrivez l'état ()	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous déjà eu des convulsions (crises d'épilepsie)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous déjà eu des symptômes allergiques graves (comme un choc anaphylactique) provoqués par des médicaments ou des aliments ? Médicament ou aliment à l'origine du problème ()	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous déjà été malade après avoir été vacciné ? Type de vaccin () Dans quelles conditions ()	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Y-a-t-il une possibilité que vous soyez actuellement enceinte (par ex., avez-vous un retard de règles) ? Ou, allaitez-vous votre enfant actuellement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous été vacciné au cours des deux dernières semaines ? Type de vaccin () Date de vaccination ()	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Avez-vous des questions au sujet du vaccin administré aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Champ réservé au médecin	A la lumière des résultats des questions ci-dessus et de l'examen médical, le vaccin est (<input type="checkbox"/> possible, <input type="checkbox"/> pas possible).	Cachet et signature du médecin
	J'ai expliqué au patient les effets du vaccin, les effets secondaires et le système d'aide en cas de préjudice lié à la vaccination. <input type="checkbox"/> La personne à vacciner a moins de 6 ans (à cocher le cas échéant)	

Formulaire de demande de vaccination contre le coronavirus

Après avoir effectué l'examen médical et reçu des explications de la part du médecin et compris les effets du vaccin ainsi que les effets secondaires, souhaitez-vous recevoir ce vaccin ? (Je souhaite être vacciné(e) / Je ne souhaite pas être vacciné(e))

L'objet de ce formulaire d'examen médical préliminaire est de garantir la sécurité des conditions de vaccination.

J'en ai pris connaissance et consens à ce que ce formulaire d'examen médical préliminaire soit soumis aux autorités municipales, à la Fédération japonaise des organisations nationales d'assurance maladie, et à l'Assurance maladie nationale.

Signature de la personne recevant le vaccin ou responsable légal
Date : _____
(*Si la personne à vacciner n'est pas en mesure de signer le formulaire par elle-même, un(e) représentant(e) doit signer le formulaire, et le nom du représentant et son lien de parenté avec la personne à vacciner doivent être indiqués.) (*Pour une personne âgée de moins de 16 ans, le formulaire doit être signé par le responsable légal ; dans le cas d'un pupille adulte, le formulaire doit être signé par la personne elle-même ou par son tuteur adulte.)

Champ réservé au médecin	Nom du vaccin et numéro de lot	Quantité d'inoculation	Lieu de la vaccination, nom du médecin et date de la vaccination	*Veuillez indiquer le code de l'établissement médical et la date de la vaccination de manière qu'ils entrent dans le champ prévu à cet effet.
	Emplacement du cachet	ml	Lieu de vaccination	Code de l'établissement médical
	*Collez <u>directement</u> dans l'emplacement prévu. (Remarque : Vérifiez que la date d'expiration n'est pas dépassée.)		Nom du médecin	Date de vaccination *Exemple: 1er avril 2021 →2021/04/01