

कोरोनाभाइरस खोपको लागि प्रारम्भिक चिकित्सा जाँच फारम

* कृपया कोठाभित्र भर्नुहोस् वा रेजा लगाउनुहोस्

प

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。

ठेगाना (बसोबास काईमा भएको)	प्रिफेक्चर	शहर				
	ठेगाना					
फुरिगाना		टेलि फोन	()			
नाम						
जन्म मिति	साल	महिना	दिन	()	बर्ष)	<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला
						परीक्षण अघि शरीरको तापक्रम
						डिग्री
प्रश्न				प्रतिक्रिया		डाक्टरले भर्ने ठाउँ
के तपाईं पहिलो पटक कोरोनाभाइरसको खोप लगाउँदै हुनुहुन्छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
(यदि पहिलो लगाइएको छ भने, पहिलो पटकको मिति: महिना/दिन, दिस्रो पटकको मिति: महिना/दिन)						
के तपाईं हाल बसोबास गर्दै आउनुभएको शहर वा गाउँ कुपनमा भनिएको जस्तै छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
तपाईंले "कोरोनाभाइरस खोपका लागि निर्देशनहरू" पढ्नुभयो? यसका प्रभाव र साइड इफेक्टका बारेमा तपाईंलाई जानकारी छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
के तपाईं उच्च प्राथमिकतामा रहेका तपसिलका कुनै लक्षित समूहहरूमध्ये एकमा पर्नुहुन्छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
<input type="checkbox"/> चिकित्सा कर्मचारीहरू, आदि <input type="checkbox"/> ६५ वर्ष वा माथिका ब्यक्ति <input type="checkbox"/> ६० देखि ६४ वर्षका ब्यक्ति <input type="checkbox"/> जेष्ठ नागरिक केन्द्रमा कार्यरत, आदि <input type="checkbox"/> अन्तर्निहित स्वास्थ्य अवस्था भएको ब्यक्ति (रोगको नाम:)						
के तपाईं हाल कुनै किसिमको रोगबाट पिडित हुनुहुन्छ र उपचार वा औषधि गराउँदै हुनुहुन्छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
रोगको नाम: <input type="checkbox"/> मुटु रोग <input type="checkbox"/> मृगौला रोग <input type="checkbox"/> कलेजो रोग <input type="checkbox"/> रक्त रोग <input type="checkbox"/> रक्तश्राव रोकन गाह्रो हुने रोग <input type="checkbox"/> प्रतिरोध क्षमता अभाव <input type="checkbox"/> अन्य ()						
उपचारको प्रकृति: <input type="checkbox"/> रगत पातलो गर्ने औषधि () <input type="checkbox"/> अन्य ()						
के तपाईंलाई गत महिनामा ज्वरो आएको थियो वा बिरामी पर्नु भएको थियो? रोगको नाम ()				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
के आज तपाईंको शरीरका कुनै अङ्गहरूले विसन्चो महसुस गरिरहेका छन्? अवस्था ()				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
के तपाईंलाई कहिल्यै ऍठन भएको छ (मुर्छा)?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
के तपाईंले कहिल्यै औषधी वा खाद्यपदार्थहरूबाट गम्भीर एलर्जीको लक्षणहरू अनुभव गर्नुभयो (जस्तै एनाफिलाक्सिस)? औषधि वा खाना जुन समस्या उत्पन्न गर्दछ ()				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
के तपाईं कहिल्यै खोप लगाई बिरामी पर्नु भएको छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
खोपको प्रकार () अवस्था ()						
के तपाईं हाल गर्भवती हुनुभएको सम्भावना छ? (उदाहरण: तपाईंको महिनावारि अरु बेला भन्दा पछि सरेको हो)? वा तपाईं स्तनपान गराउँदै हुनुहुन्छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
पछिल्ला दुई हप्तामा तपाईंले कुनै खोप लिनु भएको छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
खोपको प्रकार () खोप लिएको मिति ()						
के खोपका बारेमा तपाईंको कुनै जिज्ञासा छ?				<input type="checkbox"/> हो	<input type="checkbox"/> होइन	
डाक्टरले भर्ने ठाउँ	माथिका प्रश्न र परिक्षणका आधारमा, आजको खोप (<input type="checkbox"/> सम्भव छ <input type="checkbox"/> सम्भव छैन) , <input type="checkbox"/> not possible).					डाक्टरको हस्ताक्षर र छाप
	मैले खोपका प्रभाव, साइड इफेक्ट, र खोपबाट स्वास्थ्यमा हुने हानी र राहत प्रणालीको बारेमा बिरामीलाई बताएँ।					
	<input type="checkbox"/> खोप लगाईने ब्यक्तिको उमेर ६ वर्ष भन्दा कम भएमा (यदि लागू हुन्छ भने भर्नुहोस्)					

कोरिना भाइरसको खोप अनुरोध फारम

डाक्टरबाट चिकित्सा जाँच र स्पष्टीकरण प्राप्त गरेपछि र खोपको प्रभाव र साइड इफेक्टहरू बुझिसकेपछि, के तपाईं यो खोप प्राप्त गर्न चाहानुहुन्छ?
(म खोप लिन चाहन्छु / म खोप लिन चाहन्न)

यस प्रारम्भिक चिकित्सा जाँच फारमको उद्देश्य खोपको सुरक्षा सुनिश्चित गर्नु हो।
म यस कुरालाई बुझ्छु र यस प्राथमिक चिकित्सा परीक्षा फारमलाई नगरपालिका,
सरकार, अखिल जापान राष्ट्रिय स्वास्थ्य बीमा संघहरूको संगठन, र राष्ट्रिय स्वास्थ्य
बीमा संगठन लाई पेश गर्दछु,।

हस्ताक्षर (खोपिएको ब्यक्ति वा अभिभावकक) हस्ताक्षर
मिति
(*यदि खोप लगाईएको ब्यक्ति आफैले फारममा हस्ताक्षर गर्न असमर्थ छ भने, एक प्रतिनिधिले फारममा हस्ताक्षर गर्नुपर्दछ, र खोप लिनु पर्ने ब्यक्तिकोप्रतिनिधिको नाम र सम्बन्ध संकेत गर्नुपर्दछ।) (*१६ बर्ष भन्दा कम उमेरको ब्यक्तिको मामलामा फारम अभिभावकले हस्ताक्षरगरेको हुनुपर्दछ; अशक्त मानिसको मामला मा, फारम ब्यक्ति आफैले / अशक्तका अभिभावकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ .)

डा क्ट र ले भ र्न ठा उं	खोपको नाम र लट नम्बर	जम्मा इनोकुलेसन	खोप स्थान, डाक्टरको नाम, र खोपको मिति	*कृपया यस भित्रअटने गरी मेडिकल संस्था कोड र खोप मिति भर्नुहोस्।
	छाप		खोप स्थान	चिकित्सा संस्था कोड
	*यसलाई फ्रेमको साथ सिधा पेस्ट गर्नुहोस्।		डाक्टरको नाम	खोपको मिति *उदाहरण: April, 2021 →2021/04/01
	(नोट: म्याद सकिने मिति समाप्तनभएको निश्चित गर्नुहोस्)	मि.ली.		