



# Gửi người dân thành phố Thông báo về việc tiêm phòng vi rút Corona

よろしくお願ひします



Khi đi tiêm phòng cần phải nhập phiếu tiêm phòng và ghi  
áykhaibáo.

Những người có nhucầutiêm phòng hãy báo  
quảnkĩgiáytò.

## Về vấn đề tiêm phòng đối với người cao tuổi

Trong thời gian đầu,  
vì lượng vắc xin có giới hạn nên sẽ ưu tiên những người cao tuổi.

Đối với những người khác, xin hãy đợi thêm thông tin chi tiết.  
Chúng tôi mong mọi người sẽ thông cảm cho sự việc này.

## Thông tin liên hệ về vấn đề tiêm phòng

● Trung tâm tiêm phòng Corona thành phố Nagaoka

☎ 0570-012-035

〈Thời gian〉 10:00~19:00 (Baogồmthứbảy, chũnhậtvàngàyngỉ)



▲ Trang chủ thành phố  
Nagaoka

● Trung tâm giaolưuquốctế Nagaoka <Chikyu-hiroba>

☎ 0258-39-2714

〈Thời gian〉 9:00~17:00 (Baogồmthứbảy, chũnhậtvàngàyngỉ)

# Về việc điền giấy khai báo

Trước khi tiêm phòng cần phải kiểm tra thông qua giấy khai báo.

Vì việc tiêm phòng được tiến hành 2 lần, nên sẽ có 2 giấy khai báo

**Vào ngày tiêm phòng, hãy điền đầy đủ thông tin và mang giấy theo**

## Điền thông tin trong ô in đậm

① Địa chỉ • Tên • Điện thoại • Ngày tháng năm sinh • Tuổi • Giới tính

**Không cần dán phiếu khám. Mang giấy đến hội trường.**

Vào ngày tiêm phòng, sẽ tiến hành đo thân nhiệt nên không cần phải điền.

② Đọc các câu hỏi và trả lời trong ô “はい” hoặc “いいえ”. Ngoài ra ghi thêm thông tin bổ sung nếu cần thiết.

Sau khi khám, Điền vào ô nếu chấp nhận tiêm phòng.

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本票内には氏名を必ず記入してください

①

都道府県: \_\_\_\_\_ 市区町村: \_\_\_\_\_

フリガナ: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

生年月日(西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生(満 \_\_\_\_\_ 歳)  男  女 診察前の体温: \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_

②

質問事項	回答欄	医師記入欄
ワクチンの接種を初めて受けますか。 受けたことがある場合 1回目: _____ 月 _____ 日、2回目: _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券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	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』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	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: _____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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"/> 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	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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	
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

**Không cần phải điền**  
※ Người phụ trách sẽ điền phần này

新型コロナウイルスワクチン接種希望書

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。(  接種を希望します  接種を希望しません )

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

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。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 被接種者又は保護者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)  
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
<b>Không cần phải điền</b> ※ Người phụ trách sẽ điền phần này			

医師記入欄