

[영어]

## Screening Questionnaire for Immunization

Foreign Registration Number	-	( <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F)	Telephone
Name		Weight	kg
Address			

Pre-Immunization Screening Checklist	Parent(Guardian)/Vaccinee <input checked="" type="checkbox"/>
Are you sick today? If yes, please describe the symptoms. ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever had an allergic reaction such as urticaria or rash after taking medications or food(including eggs), or receiving a vaccination?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever had an adverse event to a vaccine in the past? If yes, please specify the vaccination. ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever had been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, health problem with lung, heart, kidney, liver or metabolic disease(e.g. diabetes) or a blood disorder? If yes, please specify the health problem. ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you had a seizure or a brain or other nervous system problem(including Guillain-barre syndrome)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have cancer, leukemia or any other immune system problem? If yes, please describe the symptoms. ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past 3 months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anticancer drug, or had radiation treatments?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past year, have you received a transfusion of blood or blood products, or been given immune (gamma) globulin?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received vaccinations in the past 1 month? If yes, please specify the vaccination. ( )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(For women) Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

I hereby give the consent for you to receiving vaccination(s) after being informed about the results of examination of you and the potential adverse events following immunization(AEFI).

Name of Parent(Guardian)/Vaccinee: \_\_\_\_\_ (Signature) Relationship to the vaccinee: \_\_\_\_\_  
 Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

※ I hereby give the consent on receiving message for this vaccination and reminder message for the date of next vaccination  Yes (Cellphone number : \_\_\_\_\_ )

Results of Pre-Vaccination Screening(to be completed by a physician)	Check <input checked="" type="checkbox"/>
Body temperature : _____ °C	<input type="checkbox"/>
I have explained about possible risks of immunization (AEFI)	<input type="checkbox"/>
I have explained that a vaccinee should stay in the medical institution for 20~30 minutes for observation	<input type="checkbox"/>
Results of history-taking :	
Based on the history and physical examination, the vaccinee is able to receive vaccination.	
Name of physician : _____ (Signature)	

The above information and results of examination will be stored securely for five years, and will only be used for vaccine safety evaluation (Article 26 of Enforcement regulations of the Infectious Disease Control and Prevention Act).

The immunization record is collected and shared among immunization providers for the purpose of preventing missed or duplicate vaccinations and issuing vaccination certificates (Article 28 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 23 of Enforcement regulations of the same above-mentioned Act). The record will be stored semi-permanently on the basis of Enforcement ordinance of Public Records Management Act.

The information shared include: personal information of the vaccinee (name, citizen registration number, address, telephone number); personal information of the parent or guardian; and the specifics of the vaccination received (vaccination name, dose of the series, date, type, method and site). This information is strictly secured and managed under the authority of the Act on the Protection of Personal Information (Act No. 10465).

## Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас

Галаал иргэний үнэмлэхний дугаар	-	( <input type="checkbox"/> эр <input type="checkbox"/> эм)	Утас
Овог Нэр			Биеийн жин _____ кг
Хаяг			

Урьдчилан сэргийлэх вакцинд хамрагдахын өмнө та доорхи хүснэгтийг бөглөнө үү	Асран халамжлагч (өөрөө) тэмдэглэх <input checked="" type="checkbox"/>
Өнөөдөр таны биеийн байдал ямар байна вэ? Танд ямар нэгэн зовиур шаналгаа байна уу? ( )	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Вакцин тарьсны дараа Танд харшил өгч огиулж бөөлжих, бие загатнах гэх мэт зовиур илэрч байсан уу? Мөн эм тариа болон хоол хүнсний харшилтай зүйл байгаа юу? ( )	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Урд нь ямар нэг вакцинд хамрагдаж байсан уу? Тийм бол ямар вакцинд хамрагдсанаа энд тэмдэглэнэ үү? ( )	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Доор дурьдсан өвчнөөр өвдөж байсан уу? Тийм бол тэмдэглэнэ үү (Астма, Төрөлхийн гажиг, Уушигны өвчин, Зүрх, Бөөр, Дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчинүүд, Чихрийн шижин, Цусны даралт ихсэх, гэх мэт) Дээр дурдсанаас өөр эмгэг илэрч байсан бол энд тэмдэглэнэ үү ( )	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Унаж татдаг, таталт өгдөг болон тархи нугасны өвчин байгаа эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Дархлааны системийн өвчнүүд, цусны болон бусад хавдар байгаа эсэх ( )	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Сүүлийн 3 сард стеройдын төрлийн эм болон преднизолон хэрэглэсэн эсвэл хавдарын эсрэг химийн болон туяа эмчилгээ хийлгэж байсан уу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Сүүлийн жилд цус болон цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлж, Гамма глобулин тариулж байсан уу?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Сүүлийн нэг сард вакцинд хамрагдсан эсэх тийм бол вакцины нэрийг энд бичнэ үү ( )	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Эмэгтэйчүүд: Та одоогоор жирэмсэн эсэх, эсвэл дараа сард жирэслэхээр төлөвлөж байгаа эсэх	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй

Би эмчийн үзлэгт хамрагдан, энэ вакциныг хийлгэсний улмаас гарч болох урвал, хүндрэлийн талаар мэдээлэл авсны дараа энэхүү вакциныг хийлгүүлсэн болно

Асран халамжлагч(өөрөө)ийн овог нэр: \_\_\_\_\_ (гарын үсэг)  
 Вакцинд хамрагдагчтай ямар холбоотой вэ: \_\_\_\_\_ он \_\_\_\_ сар \_\_\_\_ өдөр

※ Урьдчилсан сэргийлэх тарилгын хяналт ба тарилгын хоёр дахь тунг хийлгэх хугацааг мессежээр(SMS) мэдэгдэх тухайд зөвшөөрөв (Гар утасны дугаар: \_\_\_\_\_ )

Эмчийн үзлэгийн хариу (Эмчийн тэмдэглэгээ)	Тэмдэглэгээ <input checked="" type="checkbox"/>
Биеийн халуун: _____ °C	Дархлаажуулалтын дараах урвал, хүндрэлийн талаар танилцуулав. <input type="checkbox"/>
Дархлаажуулалтын дараа шууд илэрдэг урвал, хүндрэлийг ажиглаж, хянах зорилгоор вакцин хийлгэсний дараа 20-30 минут түр хүлээх талаар танилцуулав.	<input type="checkbox"/>
Үзлэгийн үр дүн :	
Өвчтөний өвчний түүх болон биеийн байдлыг шалгасны үндсэн дээр вакцин хийхийг зөвшөөрөв. Эмчийн нэр: _____ (гарын үсэг)	

Урьдчилсан сэргийлэх тарилгын талаархи энэхүү хуудас нь хүн амыг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд зориулагдсан болно (Халдварт өвчнийг хянах болон урьдчилан сэргийлэх хуулийн 28 дугаар зүйл ба тус зүйлийн 23-р заалт эсвэл тус хуулийн 23 ба 28-р зүйлүүд), Энэхүү хуудсыг тухайн вакциныг хийсэн байгууллага хадгалах бөгөөд вакцинд хамрагдсан эсвэл хамрагдаагүй эсэх, вакцины давтан тунг хийлгэсэн эсэхийг тус тус хянахад ашиглана. Тус хуудсыг 5-н жил хүртэл хугацаагаар хадгалж, зөвхөн тарилгатай холбоотой асуудлаар ашиглана.

※ Вакцинд хамрагдагч болон асран халамжлагчийн мэдээлэл (овог нэр, иргэний үнэмлэхний дугаар, хаяг, утасны дугаар гм), урьдчилан сэргийлэх тарилгын тухай мэдээлэл (тарилгын нэр, тарилгад хамрагдсан удаа, он сар өдөр, тарилгын арга, тариулсан хэсэг) болон хувийн мэдээллийг тус тус хуулийн (Хувь хүний талаархи мэдээлэлийг хамгаалах хуулийн 10465 дугаар зүйл анги) дагуу хатуу чандлан хадгална.

### 预防接种预诊表

居民登陆证号码	- (□男□女)	电话号码	
姓名		体重	kg
地址			

接种前的确认事项	家属(本人)确定 <input checked="" type="checkbox"/>
今天有哪里不舒服吗?有的话请把症状描述一下 ( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有过对于药物, 食物(包括鸡蛋), 或者是疫苗使用的过敏现象, 如起过荨麻疹或红斑?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以前,在接受预防接种的时候有没有过异常反应?要是有的, 请写下那个疫苗的名称. (疫苗种类: )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否曾被诊断/治疗为先天性畸形, 哮喘以及肺部疾病, 心脏疾病, 肾脏疾病, 肝脏疾病, 代谢性疾病 (如糖尿病), 血液疾病?有的话请写下疾病的名称. ( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有过癫痫或者是其他神经系统的疾病(包含格巴氏综合征)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有癌症,白血病,或其它免疫系统疾病?有的话请写下 (病名: )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近3个月有服用过可的松, 强的松等激素类药物, 抗癌药物,或者接受过放射线治疗吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近一年有没有接受过输血, 血制品, 或者注射过免疫球蛋白?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近一个月内是否接种过疫苗?有的话请把疫苗的名字写下来 (疫苗名称名: )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(女性)现在是否怀孕或者是一个月内有怀孕的计划?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

我在医生的解释与指导下, 了解了检查结果, 以及接种疫苗可能导致的异常反应, 同意接受预防接种  
 父母(监护人)姓名/接受疫苗者姓名: \_\_\_\_\_ (签名) 与接受疫苗接种者的关系: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

※ 我同意接收关于确认本次预防接种, 以及下一次预防接种指导的短信(SMS) 同意  
 (手机号码: \_\_\_\_\_)

医生预诊结果(医生记录栏)	确认 <input checked="" type="checkbox"/>
体温: _____ °C 预防接种后可能的异常反应已说明	<input type="checkbox"/>
已说明'为了观察预防接种后的异常反应,在接种后需在接种基地暂留20~30分钟'	<input type="checkbox"/>
问诊结果:	
经过以上的问诊和检查结果可以进行预防接种医生姓名: _____ (签名)	

如上所述的预诊表, 在接受预防接种后, 如有以上反应发生时, 就要考虑接受接种是否合适了。  
 依据有关感染病的预防和管理法律实行规则第26条, 可以保存5年时间。  
 预防接种记录情报, 根据有关感染疾病的预防及管理法律第28条的实行规则, 为了防止被接种者的遗漏接种及重复接种, 预防接种证明书的发行和保管, 同接种相关机关是一同享有的。  
 依据有关公共记录的管理法令条例, 准永久保存。  
 ※ 共有情报里有, 被接种者的个人事项(如: 姓名, 身份证号, 地址, 联系方式等) 家属的人迹事项, 预防接种内容(育苗名, 接种次数, 接种日, 接种育苗, 接种方式以及部位等), 这些个人情报信息, 将依据个人情报保护法(法律第10465号) 所被严密的保护和管理。

### កម្រងសំណួរសំរាប់ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ

លេខចុះបញ្ជី	ភេទ : <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត: _____ / _____ / _____ (ខែ) (ថ្ងៃ) (ឆ្នាំ)	លេខទូរស័ព្ទ :
ឈ្មោះ			ទំព័រ : ( ឥឡូវក្រោម )
អាសយដ្ឋាន			

សំណួរខាងក្រោមនឹងជួយពួកយើងដើម្បីកំណត់ថា៖ តើវាក៏សំខាន់មួយណាដែលអ្នកនឹងទទួលបាននៅថ្ងៃនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា " បាទ/ចាស " ចំពោះសំណួរណាមួយ វាមិនមានន័យថាអ្នក នឹង មិនទទួល វាក៏សំខាន់ នោះទេ។ វាគ្រាន់តែជាសំណួរបន្ថែមតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើសំណួរណាមួយមិនច្បាស់ សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលរបស់អ្នកដើម្បីពន្យល់។ ( សូមគូស ✓ )

តើអ្នកមានជំងឺ ឬ មានបញ្ហាផ្នែកសុខភាពដែលប្រទេសថ្ងៃនេះ? ប្រសិនបើមានជំងឺ ឬ មានបញ្ហាផ្នែកសុខភាពសូមរៀបរាប់ពីរោគសញ្ញា :	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មានអាក្រក់: កន្ទួលព្រាម ឬ រមាស បន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង ឬ បន្ទាប់ពីប្រើប្រាស់អាហារ ( រាប់ទាំងពងមាន់ ពងទា ) ឬ បន្ទាប់ពីលេបថ្នាំ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មប្រតិកម្ម ក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងកាលពីមុនដែរឬទេ? ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះវ៉ាក់សាំងនោះ:	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលជំងឺខុសធម្មតាពីកំណើត ជំងឺហឺត និងមានបញ្ហាសុខភាពដែលទាក់ទងទៅនឹង សួត បេះដូង តំរង់ទឹកនោម ថ្លើម ឬ ជំងឺនៃវិបត្តិរមាតាប៊ូលីស ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬ ជំងឺដែលទាក់ទងនឹងឈាម? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីបញ្ហាសុខភាពទាំងនោះ ៖	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើធ្លាប់មានអាក្រក់:ប្រកាច់ ឬ ជំងឺខួរក្បាល ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រាសាទផ្សេងៗ (រាប់ទាំងរោគទន់មួយកំណត់ខ្លួនខាងក្រោម) ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
តើអ្នកមានជំងឺមហារីក រោគឈាមសស៊ីឈាមក្រហម ឬក៏ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំក្នុងខ្លួនចុះខ្សោយ ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមរៀបរាប់ពីរោគសញ្ញានៃជំងឺទាំងនោះ ៖	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
រយៈពេល ៣ ខែកន្លងទៅថ្មីនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានប្រើប្រាស់ឱសថការពារជំងឺមហារីក ឬ ពពួកឱសថ Cortisone, Prednisone Steroids ឬក៏ឱសថ ព្យាបាល ជំងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម ដែរឬទេ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
រយៈពេលមួយឆ្នាំកន្លងទៅថ្មីនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការបញ្ចូលឈាម ឬផ្តល់ឈាម ឬក៏បានទទួល Immune (Gamma) ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
រយៈពេលមួយខែកន្លងទៅថ្មីនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានចាក់ ឬ ទទួលវ៉ាក់សាំងដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះវ៉ាក់សាំងនោះ៖	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
(សំរាប់ស្ត្រី) តើអ្នកកំពុងតែមានគត់ ឬអ្នកអាចនឹងមានគត់នៅខែក្រោយដែរឬទេ ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

ក្រោយពីបានទទួលនូវការប្រកាសយល់ព្រម និង អាក្រក់:មួយចំនួនដែលទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហាកើតមានក្រោយផ្តល់ថ្នាំបង្ការ រួចមក ខ្ញុំអនុញ្ញាតិអោយអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំង  
ឈ្មោះ: ឪពុក ម្តាយ/អណាព្យាបាល /អ្នកចាក់វ៉ាក់សាំង \_\_\_\_\_ (ហត្ថលេខា) ត្រូវជា ៖ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ \_\_\_\_\_ ខែ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ \_\_\_\_\_

※ ខ្ញុំនឹងផ្តល់អោយអ្នកនូវសារដ៏ខ្លីមួយ (SMS) ពីការបញ្ជាក់នៃការផ្តល់វ៉ាក់សាំងនេះ និង ការណែនាំការផ្តល់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់  លេខទូរស័ព្ទ :

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត (ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត)	<b>សូមគូស ✓</b>
សីតុណ្ហភាពនៅក្នុងខ្លួន :      °C      ខ្ញុំបានពន្យល់ពីហានិភ័យនៃបញ្ហាកើតមានក្រោយផ្តល់ថ្នាំបង្ការ	<input type="checkbox"/>
ខ្ញុំបានពន្យល់ថា ដើម្បីតាមដាននូវអាក្រក់:ផ្សេងៗ អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងគួរតែសំរាកព្យាបាលនៅកន្លែងពិនិត្យព្យាបាល អោយបាន ២០ ទៅ ៣០នាទី	<input type="checkbox"/>
លទ្ធផលនៃការពិនិត្យលើកមុន :	
ដោយយោងតាមអាក្រក់:ផ្សេងៗនៃជំងឺ និង ការពិនិត្យរាងកាយ អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងអាចទទួលវ៉ាក់សាំងបាន។ ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត: _____ (ហត្ថលេខា)	

ព័ត៌មាន និង លទ្ធផលពិនិត្យខាងលើនឹងត្រូវបានរក្សាទុកដោយសុវត្ថិភាពសំរាប់រយៈពេល ៥ ឆ្នាំ និងប្រើសំរាប់តែការវាយតម្លៃសុវត្ថិភាពនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការតែប៉ុណ្ណោះ (មាត្រា២៦នៃស្តីពីការគ្រប់គ្រង និង ការការពារជំងឺឆ្លង) របាយការណ៍នៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការនេះត្រូវបានប្រមូលឡើង និង ចែកចាយរវាងមណ្ឌលសុខភាពនានា ឬ ក្នុងចំណោមអ្នកផ្តល់ថ្នាំបង្ការក្នុងគោលបំណងដើម្បីការពារដល់អ្នក ដែលមិនបាន ទទួលថ្នាំបង្ការ និង អ្នកធ្លាប់បានទទួលថ្នាំបង្ការ ព្រមទាំងចេញនូវវិញ្ញាប័នបញ្ជាក់នៃការទទួលថ្នាំបង្ការ (មាត្រា ២៨ នៃស្តីពីការគ្រប់គ្រង និង ការការពារជំងឺឆ្លង និង មាត្រា២៣ នៃវិសោធន៍កម្មច្បាប់នោះ)។ របាយការណ៍នេះត្រូវបានរក្សាទុកពាក់កណ្តាលអចិន្ត្រៃយ៍នៅលើមូលដ្ឋាននៃបទបញ្ញត្តិ ស្តីពីច្បាប់នៃមាត្រាគ្រប់គ្រងរបាយការណ៍សាធារណៈ។

※ ព័ត៌មានទូទៅមាន៖ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំង (ឈ្មោះ ជនជាតិ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ អាសយដ្ឋាន, លេខទូរស័ព្ទ); ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ឪពុកម្តាយ ឬអណាព្យាបាល និង ព័ត៌មាន ជាក់លាក់ក្នុងការទទួលវ៉ាក់សាំង (ឈ្មោះវ៉ាក់សាំងដែលត្រូវទទួល កាលបរិច្ឆេទនៃការទទួលវ៉ាក់សាំង , កំរិតជួស, ប្រភេទ, វិធីសាស្ត្រ និង កន្លែងដែលត្រូវចាក់). ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវរក្សាទុក យ៉ាងសុវត្ថិភាព និង គ្រប់គ្រងយ៉ាងតឹងរឹង ( យោងទៅតាមច្បាប់ No. 10465).

## 予防接種予診票

住民登録番号	- ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	電話番号	
名前		体重	kg
住所			

接種対象者に対する確認事項	保護者(本人)を確認 <input checked="" type="checkbox"/>
今日体に具合の悪いところがありますか? あれば症状をお書きください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬や飲食物(卵を含む)、あるいはワクチン接種でじんましんや発疹などのアレルギー症状を起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去に予防接種後に異常反応が現れたことがありますか? あれば、予防接種名をご記入ください。 (予防接種名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
先天性奇形、喘息や肺疾患、心臓疾患、腎疾患、肝疾患、糖尿病や内分泌疾患、血液疾患で受診したり、治療を受けたことがありますか? ある場合は病名を記入してください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
痙攣を起こしたり、その他の脳神経系疾患(ギラン-バレー症候群を含む)にかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
癌、白血病や免疫系の疾患で受診したり、治療を受けたことがありますか? ある場合は病名を記入してください。 (病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近3ヶ月以内にステロイド剤、抗癌剤、放射線治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近1年間、輸血を受けたり、または免疫グロブリンの投与を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近1ヶ月以内に予防接種をした事がありますか? あれば、予防接種名をご記入ください。 (予防接種名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(女性)現在妊娠している、もしくは次の一ヶ月間妊娠する可能性がありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医師の診察結果と異常反応に対する説明を受け、予防接種をします。

保護者(本人)名前 : (署名)      接種対象者との関係 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※予防接種の確認と、次の日程のご案内のテキストメッセージ(SMS)の受信 同意(携帯電話番号: )

医師予診結果 (医師記録項目)	確認 <input checked="" type="checkbox"/>
体温:            °C      予防接種後に異常反応について説明しました	<input type="checkbox"/>
"異常反応を観察するために、接種後20~30分間、接種機関に留まること"を説明しました	<input type="checkbox"/>
問診結果:	
以上の問診及び診察の結果、予防接種が可能です。医師名 : (署名)	

上記の予診票は予防接種後に異常反応が発生した時、接種過程の適正性可否を判断するための目的で収集され、感染症の予防及び管理に関する法律施行規則第26条により5年間保存されます。予防接種記録の情報は感染症の予防及び管理に関する法律第28条及び同法施行規則第23条により、被接種者の接種脱落や重複接種の防止と予防接種証明書の発行のために、接種機関で収集及び共有され、公共記録物の管理に関する法律施行令に基づいて半永久的に保存されます。

※共有情報は被接種者個人情報(名前、住民登録番号、住所、電話番号など)は、保護者の個人情報、予防接種歴(接種名、接種回数、接種日、接種ワクチン、接種方法、および部位など)であり、個人情報保護法(法律第10465号)に基づいて厳重に保安全管理されています。

## Mga Katanungan Para sa Pagpapabakuna

Numero ng Rehistrong Pandayuhan	- ( <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F )	Telepono	
Pangalan ng Babakunahan		Timbang	kg
Tirahan			

Pagsusuri ukol sa Pagbabakuna	Sagutin para sa babakunahan <input checked="" type="checkbox"/>
Mav sakit ka ba noavona araw? Kung mavroon, manawarina ilarawan ang mga sintomas. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nakaroon ka na ba na masamang reaksyon o "allergy" tulad na taalabay o pantal pagkatapos kumain na amot o pagkain (kabilang ang itlog), o pagkatapos makatandaan na bakuna? ( _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nakaranas ka na ba na masamang pangawarina kausap sa bakuna noong nakaraan? Kung mavroon, manawarina ilista ang detalye ng bakuna at pangawari sa pagpapabakuna. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nakaroon ka na ba o namot dahil sa sakit na mula sa kapanganakan, hika, sakit sa baba, buso, bato, atav, o sakit ukol sa metabolismo (tulad na diabetes) o problema sa dugo? Kung mayroon, manawarina ilista ang mga nakaraan na problema ukol sa kalusugan. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nakaranas ka na ba na kumbulsyon o anumang sakit o problema sa utak o iba pang parte ng nervous system (tulad ng Guillain-Barre syndrome)?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Mavroon ba kavona kanser, lukernya, o anumang problema sa immune system? Kung mayroon, manawarina ilarawan ang mga sintomas. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Sa nakaraan 3 buwan, uminom ka ba na cortisone, prednisone, iba pang uring steroid o gamot laban sa kanser, o nabigyan ng "radiation therapy" ?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Sa nakaraan taon, nasalinan ka ba ng dugo, o ng ibang produktong galing sa dugo, o nabigyan ng "immune gammaglobulin" ?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Napabakuna ka ba nitong nakaraan 1 buwan? Kung oo, manawarina ilista ang pangalan ng bakuna. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
(Para sa Babae :) Buntis ka ba, o maaari ka bang mabuntis mula ngayon hanggang sa susunod na buwan?	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

Ako ay nagbibigay na pahintulot sa ivo na makatandaan na bakuna pagkatapos mabigyan na sapat na kaalaman tungkol sa resulta ng eksaminasyon at sa mga hindi kanais-nais na maaring mangyari pagkatapos maibigay ang bakuna (AEFI) .

Pangalan ng Babakunahan \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng Magulang na Batang Tatandaan ng Bakuna \_\_\_\_\_ (Lagda) \_\_\_\_\_  
 Pangalan ng Tagapag-alaga \_\_\_\_\_ Relasyon sa Bata \_\_\_\_\_ (Lagda) \_\_\_\_\_  
 Petsa: Taon \_\_\_\_\_ Buwan \_\_\_\_\_ Araw \_\_\_\_\_

\* Maaari akong padalhan ng (SMS) o i-text tungkol sa kumpirmasyon ng pagbabakuna at sa mga susunod na gabay sa pagbabakuna.  (Cellphone number : )

Results of Pre-Vaccination Screening(to be completed by a physician)		Check <input checked="" type="checkbox"/>
Temperatura ng katawan: _____ °C	Naibaliwanag ko ang mga posibleng hindi kanaisnais na mangyari sa pagbibigay ng bakuna	<input type="checkbox"/>
Naibaliwanag ko na ang tatandaan ng bakuna ay dapat manatili sa loob ng klinik o pagamutan sa loob ng 20-30 minutos para sa obserbasyon.		<input type="checkbox"/>
Resulta ng pagkuha sa kasaysayang pangkalusugan :		
Base sa kasaysayan at eksaminasyon pangkatawan, ang babakunahan ay maaaring tumanggap ng bakuna. Pangalan ng Doktor: _____ (Lagda)		

Ang resulta ng eksaminasyon at mga nakuhang impormasyon ay itatago nang maayos at may seguridad sa loob ng 5 taon at gagamitin lamang kung mangangailangan ng pagsusuri tungkol sa mga hindi kanaisnais o hindi pangkaraniwang epekto ng bakuna. (Naaayon sa Article 26 ng "Enforcement Regulations of the Infectious Disease Control and Prevention Act")

Ang mga nakolektang talaan o record ng pagbabakuna ay maaring ipakita sa mga tagapagbakuna upang hindi makaligtan ang iba pang bakuna, upang maiwasan ang pag-ulit ng pagbibigay ng bakuna at maibigay ang katunayan o sertipiko ng pagkakabakuna. (Naaayon sa Article 28 ng Infectious Disease Control and Prevention Act at ang Article 23 of the Enforcement regulations kagaya ng nabanggit na sa itaas.) Ang mga rekord at talaan ay pansamantalang itatabi sa bisa ng "Enforcement Ordinance of Public Records Management Act".

Ang mga impormasyong ipamamahagi ay naglalaman ng mga susumusunod: personal na kaalaman tungkol sa binakunahan (pangalan, numero ng rehistrasyon ng mamamayan, tirahan, numero ng telepono); personal na kaalaman tungkol sa magulang o tagapag-alaga ng binakunahan: mga detalye ng bakunang ibinigay ( pangalan ng bakuna, dosis o dami ng ibinigay na bakuna, petsa o araw nang ibinigay ang bakuna, klase ng bakuna, paano ibinigay ang bakuna, at anong parte ng katawan ibinigay ang bakuna). Ang mga impormasyong ito ay itatabi ng may seguridad at pamamahalaan sa ilalim ng otoridad ng "Act on the Protection of Personal Information: OAct No. 10465)

## แบบคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หมายเลขบัตรต่างด้าว	( <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง )	เบอร์โทรศัพท์	
ชื่อ		น้ำหนัก	กก.
ที่อยู่			

รายการคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	บิดามารดา/ผู้ดูแล/ผู้รับวัคซีน <input checked="" type="checkbox"/>
วันนี้คุณมีอาการป่วยหรือไม่สบายหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุอาการ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ท่านเคยมีอาการแพ้ เช่น ลมพิษ หรือผื่นแดงตามผิวหนังหลังจากได้รับยา หรืออาหาร เช่น ไข่ หรือหลังการรับวัคซีนหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยมีอาการข้างเคียงหลังรับวัคซีนหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุชื่อวัคซีนที่ได้รับ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา เนื่องจากอาการผิดปกติแต่กำเนิด ก่าเน็ด หอบหืด ปัญหาเกี่ยวกับปอด หัวใจ ตับ โรคทางระบบ เมตาบอลิซึม เช่น เบาหวาน หรือโรคเลือดหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยช้ำ หรือมีความผิดปกติของสมองหรือระบบประสาทหรือไม่ (รวมกลุ่มอาการกิลแลง-บาร์เร)?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณป่วยเป็นโรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือ โรคอื่นๆ ทางระบบภูมิคุ้มกันหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุอาการ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยได้รับยาสเตียรอยด์ เช่น คอร์ติโซน เพรดนิโซโลน รวมทั้งยาหรือรับการฉายแสงรังสีรักษาเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยได้รับเลือด ส่วนประกอบของเลือดหรือแอนติบอดีหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
คุณเคยได้รับวัคซีนในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุวัคซีน ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
(สำหรับผู้หญิง) คุณกำลังตั้งครรภ์ หรืออาจตั้งครรภ์ภายในช่วง 1 เดือนนี้หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ดังนั้นข้าพเจ้าจึงยินยอมรับวัคซีน หลังจากได้รับทราบผลการตรวจร่างกาย และทราบอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการได้รับวัคซีน

บิดา/มารดา/ผู้ดูแล/ผู้รับวัคซีน (ลายเซ็น) ความสัมพันธ์กับผู้รับวัคซีน: \_\_\_\_\_

ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

※ ข้าพเจ้าประสงค์จะรับข้อความสั้น (SMS) ยืนยันการรับวัคซีนในครั้ง นี้ และคำแนะนำสำหรับการรับวัคซีนในครั้งต่อไป

เบอร์โทรศัพท์มือถือ: \_\_\_\_\_

ผลการคัดกรองก่อนการรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (กรอกโดยแพทย์)	ทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/>
อุณหภูมิกาย :      องศาเซลเซียส      ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับวัคซีน	<input type="checkbox"/>
ข้าพเจ้าได้อธิบายว่าผู้รับวัคซีนควรรอสังเกตอาการที่หน่วยให้บริการทางการแพทย์ 20-30 นาที ภายหลังรับวัคซีน	<input type="checkbox"/>
ผลการซักประวัติ :	
จากผลการซักประวัติและการตรวจร่างกาย ผู้รับวัคซีนสามารถรับวัคซีนได้	
แพทย์ : (ลายเซ็น)	

ข้อมูลด้านแผนและผลการตรวจร่างกายจะเก็บไว้เป็นความลับเป็นระยะเวลา 5 ปี และจะนำมาใช้เพื่อการประเมินความปลอดภัยจากวัคซีนเท่านั้น (ข้อมูลวันที่ 26 ตามระเบียบในแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ)

ข้อมูลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคดังกล่าวจะทำการจัดเก็บและใช้ร่วมกันในกล่มผู้ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันการไม่ได้รับวัคซีน การได้รับวัคซีนซ้ำซ้อน และการออกใบรับรองการได้รับวัคซีน (ข้อมูลวันที่ 28 ตามแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ และข้อมูลวันที่ 23 ตามระเบียบในแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ)

ข้อมูลจะเก็บไว้แบบกึ่งการตามระเบียบข้อบังคับตามแบบฉบับตีพิมพ์การควบคุมป้องกันการโรคติดต่อ

ข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับวัคซีน (ชื่อ หมายเลขต่างด้าว ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์) ส่วนข้อมูลต่อไปนี้เป็น ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาหรือผู้ดูแล และรายละเอียดของวัคซีนที่ได้รับ (ชื่อวัคซีน ลำดับที่ของโดสวัคซีน วันที่ที่รับวัคซีน ชนิดของวัคซีน วิธีและตำแหน่งหรือช่องทางการรับวัคซีน) จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะบริหารจัดการภายใต้อำนาจที่ได้รับตามบัญญัติกฎหมายการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล (บทบัญญัติกฎหมาย เลขที่ 10465)

## Анкетирование при вакцинации

Регистрационный номер иностранного гражданина	-	( <input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен)	Телефон
ФИО			Вес <span style="float: right;">кг</span>
Адрес			

Предварительная информация о вакцинируемом	Родитель(Опекун)/вакцинируемый <input checked="" type="checkbox"/>
Болеете ли Вы сегодня? Если да, то опишите симптомы. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Была ли у Вас аллергическая реакция в виде зуда или сыпи после приема лекарственных препаратов, на продукты питания (включая яйца) или после прививок?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли в прошлом какие-либо осложнения после прививок? Если да, то укажите вид вакцины. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Диагностировались ли Вы или проходили лечение по таким заболеваниям, как врожденная патология, астма, заболевание легких, сердца, почек, печени, эндокринные заболевания (например, диабет) или заболевания крови? Если да, то укажите вид заболевания. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Были ли у Вас приступы судороги или другие нарушения нервной системы головного мозга (включая Синдром Гийена-Барре)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у Вас диагноз онкологии, лейкемии или другие нарушения иммунной системы? Если да, то напишите название. ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Принимали ли Вы в течении последних 3 месяцев препараты Кортизон, Преднизон или другие гормональные препараты, а также химиотерапевтические препараты, или проходили ли лучевую терапию?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Делали ли Вы за последний год переливание крови или ее компонентов; вводился ли Вам иммуно (гамма) глобулин?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Делали ли Вы за последний месяц какую-либо прививку? Если да, то укажите от чего ( _____ )	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
(Для женщин) Беременны ли Вы или есть ли вероятность беременности в течении последующего месяца?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

После полученной информации о результатах, возможных рисках и побочных действиях настоящим даю свое согласие на проведение вакцинации.  
 Имя родителя (опекуна)/вакцинируемого: \_\_\_\_\_ (Подпись) \_\_\_\_\_  
 Родственные отношения с пациентом: \_\_\_\_\_  
 Год \_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_\_\_ День \_\_\_\_\_

※ Даю согласие на получение СМС-сообщений о подтверждении вакцинации и графике следующей прививки   
 (Номер телефона: \_\_\_\_\_ )

Результаты предварительного скрининга (заполняется терапевтом)	Отметьте <input checked="" type="checkbox"/>
Температура тела : _____ °C	<input type="checkbox"/>
Мною разъяснено о возможных рисках и побочных действиях от вакцинации	<input type="checkbox"/>
Мною разъяснено, что вакцинируемый должен находиться в медицинском учреждении в течении 20-30 мин для наблюдения.	<input type="checkbox"/>
Результаты истории болезни:	
На основании истории болезни и физического осмотра пациента вакцинация может быть проведена. Имя терапевта : _____ (Подпись)	

Данное анкетирование проводится с целью оценки адекватности процесса вакцинации на случай возникновения побочных эффектов после проведения профилактической вакцинации. Информация о профилактической вакцинации, согласно статье 26 законодательства о профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, архивируется и распространяется среди организаций по вакцинации с целью выявления упущенных и предотвращения повторяющихся прививок для вакцинируемых. Данная информация сохраняется согласно закону о государственных записях.  
 \*Полученная информация включает в себя: личную информацию вакцинируемого (имя, регистрационный номер иностранного гражданина, адрес, номер телефона); личные данные родителей или опекуна; а также особенности полученной вакцинации (название вакцины, доза, дата, тип, способ и место). Эта информация строго засекречена и находится под властью Закона о защите персональных данных (Акт №. 10465)



## Phiếu điều tra sức khỏe trước tiêm chủng

Số thẻ cư trú	-	( <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)	Số điện thoại
Họ và tên			Cân nặng
Địa chỉ			kg

Phiếu điều tra sức khỏe trước tiêm chủng	Cha mẹ (người giám hộ)/bản thân người được tiêm <input checked="" type="checkbox"/>
Hôm nay có bị ốm đau gì không? Nếu có, ghi rõ triệu chứng. ( )	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đã bao giờ bị dị ứng nổi mề đay hoặc phát ban sau khi dùng thuốc, thực phẩm (bao gồm cả trứng) hoặc sau khi tiêm ngừa không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có bao giờ bị phản ứng khác thường sau khi tiêm ngừa không? Nếu có, ghi rõ loại vắc-xin được tiêm. (Tên vắc-xin: )	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đã bao giờ được chẩn đoán hoặc điều trị những bệnh dị tật bẩm sinh, hen suyễn, các bệnh về tim, phổi, thận, gan, chuyển hóa (như tiểu đường), bệnh liên quan đến máu không? Ghi tên bệnh nếu có. ( )	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Đã bao giờ bị chứng co giật hoặc bệnh liên quan đến hệ thần kinh (bao gồm hội chứng Guillain-barré, viêm dây thần kinh cấp – chân tay yếu và cảm giác tê) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Có mắc bệnh ung thư, bệnh máu trắng hoặc những bệnh liên quan đến hệ thống miễn dịch không? Ghi rõ tên bệnh nếu có. (Tên bệnh : )	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vòng 3 tháng qua, có dùng thuốc cortisone, prednisone, hoặc các loại steroids khác, thuốc chống ung thư hoặc xạ trị liệu không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vòng 1 năm qua, có được truyền máu hoặc truyền các chế phẩm từ máu, chế phẩm miễn dịch như globulin không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Trong vòng 1 tháng qua, có được tiêm chủng lần nào không? Ghi tên loại vắc-xin nếu có. (Tên loại vắc-xin : )	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
(Dành cho phụ nữ) Hiện có đang mang thai hoặc có khả năng mang thai trong tháng tới không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Tôi đồng ý được tiêm chủng sau khi nghe bác sỹ giải thích về kết quả khám sức khỏe và những phản ứng khác thường có thể xảy ra sau khi tiêm chủng.  
 Họ tên cha mẹ (người giám hộ) hoặc bản thân người được tiêm: \_\_\_\_\_ (Ký tên)  
 Quan hệ với người được tiêm: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

※ Tôi đồng ý cho phép gửi tin nhắn hướng dẫn tiêm chủng và lịch tiêm chủng vào số điện thoại.   
 (Số điện thoại : \_\_\_\_\_)

Kết quả điều tra sức khỏe trước khi tiêm chủng (do bác sỹ điền)	Xác nhận <input type="checkbox"/>
Nhiệt độ cơ thể : _____ °C	Đã giải thích về khả năng có phản ứng khác thường sau khi tiêm chủng <input type="checkbox"/>
Tôi đã giải thích cho người được tiêm chủng phải lưu lại nơi được tiêm 20 đến 30 phút sau khi tiêm để theo dõi.	
Kết quả điều tra sức khỏe:	<input type="checkbox"/>
Dựa trên kết quả khám và điều tra sức khỏe ghi trên, đối tượng có thể tiêm chủng được. Họ và tên bác sỹ : _____ (Ký tên)	

Những thông tin và các kết quả điều tra ghi trên sẽ được bảo mật chặt chẽ và lưu trữ không quá 5 năm dành cho việc đánh giá mức độ an toàn của vắc-xin (theo điều 26 Quy định tăng cường quản lý của Luật kiểm dịch). Hồ sơ tiêm chủng được thu thập và chỉ được sử dụng chung giữa các chuyên gia về tiêm chủng để tránh bỏ sót hoặc trùng lặp tiêm chủng và để cấp giấy chứng nhận tiêm chủng (Điều 28 Luật kiểm dịch và Điều 23 Quy định tăng cường quản lý của Luật kiểm dịch). Các hồ sơ sẽ được lưu trữ không vĩnh viễn trên cơ sở sắc lệnh tăng cường quản lý hồ sơ công cộng.

※ Thông tin được chia sẻ bao gồm: các thông tin về cá nhân người được tiêm (họ và tên, số thẻ cư trú, địa chỉ, số điện thoại); Các thông tin cá nhân của cha mẹ hoặc người giám hộ; các chi tiết cụ thể về tiêm chủng (tên vắc-xin, liều lượng, lô sản xuất, ngày tiêm, loại vắc-xin, phương pháp và vị trí tiêm). Thông tin này được bảo mật và quản lý chặt chẽ trên cơ sở Luật Bảo hộ thông tin cá nhân (Điều 10465 Luật này).