

新型コロナウイルス感染症ワクチン問診票
PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19

名前 生年月日 男 女
Họ và tên: Ngày sinh Nam ☐ Nữ ☐
身分証明書 (パスポート番号) 電話番号
Số CCCD: Số điện thoại:
職業
Nghề nghiệp:
職場
Đơn vị công tác:
住所
Địa chỉ liên hệ:

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19: 1 回目のワクチンを接種したか

いいえ

☐ Chưa tiêm

はい、ワクチンの種類:

☐ Đã tiêm, loại vắc xin:

I. Sàng lọc 問診

いいえ

はい

1. Tiền sử rõ ràng phản vệ với vắc xin phòng COVID-19 hoặc các thành phần của vắc xin phòng COVID-19. 1 回目の接種後に強い副反応又は新型コロナウイルスワクチンの成分によるアレルギーがあるか	Không ☐	Có ☐
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng 6 ヶ月以内に新型コロナウイルス陽性が確定したことがあるか	Không ☐	Có ☐
3. Đang mắc bệnh cấp tính 急性疾患にかかっているか	Không ☐	Có ☐
4. Phụ nữ mang thai * 妊娠中の方向け		
4a. Phụ nữ mang thai < 13 tuần 13 週以下	Không ☐	Có ☐
4b. Phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần 13 週以上	Không ☐	Có ☐
5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng:) 何かの物質でアレルギーによるアナフィラシーショックでグレード 3 以上と診断されたことがあるか。ある場合、アレルギー反応を記入	Không ☐	Có ☐
6. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị 免疫不全、がんにかかり治療を受けているか	Không ☐	Có ☐
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào 何かの物質でアレルギーにかかったことがあるか	Không ☐	Có ☐
8. Tiền sử rối loạn đông máu/cầm máu 過去に血栓症にかかったことがあるか	Không ☐	Có ☐
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi 意識障害・行動障害があるか	Không ☐	Có ☐
10. Bất thường dấu hiệu sống (Nếu có, ghi rõ.....) 異常なバイタルサイン (ある場合は、記入) • Nhiệt độ: độ C 体温: 度 • Mạch: lần/phút 脈: 回/分 • Huyết áp: mmHg 血圧: mmHg • Nhịp thở: lần/phút; 呼吸: 回/分	Không ☐	Có ☐

II. Kết luận: (※以下、問診実施者記入欄)

- Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường ☐
- Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi **CÓ** bất thường tại mục 1 ☐
- Trì hoãn tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3, 4a ☐
- Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ: Khi **CÓ** bất thường tại mục 5 ☐
- Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b#, 6, 7, 8, 9, 10. ☐

* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V.

#Với phụ nữ mang thai ≥ 13 tuần: Giải thích lợi ích/nguy cơ và ký cam kết nếu đồng ý tiêm và chuyển đến cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm.

Thời gian: ... giờ phút, ngày tháng năm

Người thực hiện sàng lọc

(ký, ghi rõ họ và tên)