

子供に対する COVID-19 ワクチン接種前のスクリーニング問診票
BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM

氏名 Họ và tên trẻ: 生年月日 Ngày sinh: .../.../.....
性別: 男性 Nam ☐ 女性 Nữ ☐
ID/パスポート番号 CMND/CCCD/Hộ chiếu (nếu có). 電話番号 Số điện thoại:
住所 Địa chỉ liên hệ.
保護者名 Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: 電話番号 Số điện thoại:
1 回目の COVID-19 ワクチン接種情報 Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19
☐ 未接種 Chưa tiêm
☐ 接種したワクチン名 Đã tiêm, loại vắc xin: 接種日 Ngày tiêm:

I. 問診 Sàng lọc

体温 Thân nhiệt: °C 脈拍数 Mạch:

1. 以前の COVID-19 ワクチンか COVID-19 ワクチンの成分に対するアナフィラキシーの明確な既往歴の有無 Tiên sử rõ ràng phản vệ với vắc xin phòng COVID-19 lần trước hoặc các thành phần của vắc xin phòng COVID-19	☐ 無し Không	☐ 有り Có
2. 現在, 進行性慢性疾患, 又は急性疾患にかかっているか Đang mắc bệnh cấp tính, mạn tính tiến triển	☐	☐
3. 何らかの物質に対するアレルギー既往歴の有無 Tiên sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào	☐	☐
4. 意識障害, 行動障害の有無 Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi	☐	☐
5. 先天性疾患, 又は心・肺, 消化器, 泌尿器, 血液系等の慢性疾患の有無 Mắc các bệnh bẩm sinh, bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu...	☐	☐
6. 心音又は呼吸音の異常の有無 Nghe tim phổi, bất thường	☐	☐
7. 何らかの物質に対するアナフィラキシーグレード 3 以上既往歴の有無 Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (ある場合は, 物質名 ghi rõ tác nhân dị ứng :)	☐	☐
8. その他のワクチン接種禁忌事項の有無 (ある場合.....) 又はワクチン接種を延期すべき事項の有無..... Các chống chỉ định/tri hoãn khác (nếu có, ghi rõ)	☐	☐

II. 結論 Kết luận

基準を満たし, 直ちにワクチン接種を受けられる (全ての項目がなしにチェックになっていること, また及び製造業者が規定した予防接種の禁忌事項に該当なし) ☐

Đủ điều kiện tiêm chủng ngay: Tất cả đều KHÔNG có điểm bất thường và KHÔNG có chống chỉ định tiêm vắc xin theo hướng dẫn của nhà sản xuất

—同種類のワクチンの接種を禁忌とする。(項目 1 が有りの場合。) ☐

Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại: Khi CÓ bất thường tại mục 1

—ワクチン接種を延期する (項目 2 のいずれかが有りの場合) ☐

Tri hoãn tiêm chủng: Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại mục 2

—ワクチン接種に注意すべきグループ (項目 3, 4 のいずれかが有りの場合 (接種) ☐

Nhóm thận trọng khi tiêm chủng: Khi CÓ bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 3, 4

—病院に問診と予防接種を受けるよう移送する (項目 5, 6, 7 いずれかが有りの場合) ☐

Chuyển khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện: Khi CÓ bất thường tại mục 5, 6, 7

理由 Lý do:

日時 Thời gian: 時 giờ 分 phút, 日 ngày 月 tháng 年 năm

担当医師 Người thực hiện sàng lọc

(氏名、署名 Ký, ghi rõ họ và tên)