

# Kuesioner Medis untuk Pre-vaksinasi COVID-19

\*Isilah dan centanglah (☑) formulir di bawah ini.

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。

Alamat yang tertera pada <i>Jūminhyō</i> (Surat Keterangan Domisili)	Prefektur		Kota	
Furigana	No. Telp		( )	
Nama Lengkap				
Tanggal lahir	□□□□ Tahun	□□ Bulan	□□ Tanggal	(Usia □□□□ tahun)
	Pria □	Wanita □	Suhu tubuh	□□, □□ °C

Pertanyaan	Ya/ Tidak	Kolom ini diisi oleh dokter
1 Apakah ini merupakan vaksinasi COVID-19 pertama Anda? (Jika Anda telah divaksinasi sebelumnya, tolong sebutkan: Pertama: bulan/ tanggal, Kedua: bulan/ tanggal)	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
2 Apakah kota/kelurahan/desa yang tertera pada kupon vaksinasi sama dengan kota/kelurahan/desa tempat tinggal Anda saat ini?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
3 Sudahkah Anda membaca "Penjelasan Vaksinasi COVID-19" dan memahami adanya manfaat atau kemungkinan reaksi tubuh Anda terhadap vaksin?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
4 Apakah Anda termasuk dalam kelompok prioritas di bawah ini (pilih dan centanglah ☑)? <input type="checkbox"/> Tenaga kesehatan dan sejenisnya <input type="checkbox"/> Usia ≥65 tahun <input type="checkbox"/> Usia 60~64 tahun <input type="checkbox"/> Pekerja di panti wreda/panti jompo dan sejenisnya. <input type="checkbox"/> Memiliki penyakit bawaan/penyerta (nama penyakit: )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
5 Saat ini, apakah Anda menderita suatu penyakit/kelainan dan/atau sedang dalam perawatan (pengobatan, dll)? (jika ya, pilih dan centanglah ☑) Penyakit: <input type="checkbox"/> jantung <input type="checkbox"/> ginjal <input type="checkbox"/> lever/ hati <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> gangguan pembekuan darah <input type="checkbox"/> gangguan sistem kekebalan tubuh <input type="checkbox"/> lainnya ( ) Detail perawatan: <input type="checkbox"/> obat pengencer darah ( ) <input type="checkbox"/> lainnya ( )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
6 Apakah Anda mengalami demam dan/atau sakit dalam sebulan terakhir? Nama penyakit ( )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
7 Apakah hari ini Anda merasa kurang sehat? Sebutkan gejalanya ( )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
8 Apakah Anda pernah mengalami konvulsi (kejang)?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
9 Apakah Anda mempunyai riwayat alergi berat terhadap obat, makanan, dsb (spt. Anafilaksis, dll)? Sebutkan makanan, obat, dsb yang menyebabkannya ( )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
10 Apakah Anda pernah merasa tidak enak badan setelah vaksinasi? Jenis vaksin ( ) Kondisi ( )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
11 Apakah saat ini, ada kemungkinan anda sedang hamil ( haid terlambat, dll), atau sedang menyusui?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
12 Apakah dalam 2 (dua) minggu terakhir ini, Anda melakukan vaksinasi? Jenis vaksin ( ) Tanggal vaksinasi ( )	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
13 Apakah ada pertanyaan mengenai vaksinasi COVID-19 hari ini?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

Kolom ini diisi oleh dokter	Berdasarkan pemeriksaan dan kuesioner di atas, vaksin pada hari ini ( <input type="checkbox"/> diberikan <input type="checkbox"/> tidak di berikan/ditunda). Telah dijelaskan kepada penerima vaksin, mengenai adanya manfaat atau kemungkinan reaksi tubuh terhadap vaksin, dan tindakan kuratif yang diperlukan.	Tanda tangan atau stempel (6in) dokter
	<input type="checkbox"/> Hitamkan kotak ini jika penerima vaksin berusia di bawah 6 tahun	

<b>Formulir permohonan vaksinasi COVID-19</b>	
Setelah pemeriksaan kesehatan, mendengarkan penjelasan dokter, dan memahami mengenai adanya manfaat atau kemungkinan reaksi tubuh terhadap vaksin. Apakah Anda ingin divaksinasi? ( <input type="checkbox"/> ingin divaksinasi <input type="checkbox"/> tidak ingin divaksinasi).	
Kuesioner ini bertujuan untuk memastikan keamanan dan kenyamanan Anda dan proses vaksinasi. Dengan kesadaran penuh dan menyetujui, Kuesioner Medis ini dapat dipergunakan sebagaimana mestinya oleh Pemerintah daerah, Asosiasi Jaminan Kesehatan Nasional Pusat, Federasi Asosiasi Jaminan Kesehatan Nasional.	tahun/ bulan/ tanggal Tanda tangan penerima vaksin atau walinya ( / / ) ----- (*Jika calon penerima vaksin tidak dapat mengisi dan menandatangani formulir sendiri, dapat diwakilkan oleh walinya dengan menyebutkan hubungan dengan penerima vaksin.)  (*Untuk penerima vaksin yang berusia di bawah 16 tahun, formulir dapat diisi dan ditandatangani oleh walinya; untuk wali dewasa, formulir dapat diisi dan ditandatangani oleh penerima vaksin sendiri atau walinya.)

Kolom ini diisi oleh dokter	Nama vaksin & No. Lot	Volume vaksin yang disuntikkan	Lokasi, nama dokter, tanggal *Isilah kode institusi medis dan tanggal
	(tempel stiker di sini)	□□□□ ml	Lokasi vaksinasi Kode Institusi Medis, dan sejenisnya. □□□□□□□□□□□□□□□□
	*Tempelkan stiker dengan baik dalam kotak abu-abu di atas. (Perhatian: Pastikan vaksin masih dalam masa tanggal kedaluwarsa.)		Nama dokter Tanggal vaksinasi *Contoh: 1 April, 2021 →2021/04/01 □□□□ Tahun □□ Bulan □□ Tanggal