

登録フォームの記載例



175軍医病院

ホーチミン市における  
在留邦人向け新型コロナ  
ワクチン接種登録

以下のフォームに英語でご入力の上、「送信・SUBMIT」ボタンをクリックしてください。

パスポート表記氏名（英語でご記入ください。）\*

Mr.	NIHON	TAROU
-----	-------	-------

プレフィックス 名 姓

性別 \*

男(M)  女(F)

生年月日 \*

1975	January	1
------	---------	---

Year Month Day

国籍 \*

日本
----

パスポート番号 \*

MA1122334	チェック	印刷
-----------	------	----

電話番号(携帯電話番号) \*

0913809273
------------

メールアドレス \*

ryouji@hc.mofa.go.jp
----------------------

メールアドレス再入力(確認用)

ryouji@hc.mofa.go.jp
----------------------

住所(現在の自宅・滞在先住所)

261 Dien Bien Phu
-------------------

Tp. Hồ Chí Minh	Quận 3	Phường 7
-----------------	--------	----------

市 地区 坊

職業

office worker
---------------

会社名

NIHON SHOJI
-------------

## 問診

1. これまでにCOVID-19ワクチンの接種、又は、COVID-19ワクチンの成分によりアナフィラキシーショックの症状が出たことがあるか。  
 いいえ  はい
  2. 過去6ヶ月以内に新型コロナウイルス陽性の確定結果が出たことがあるか  
 いいえ  はい
  3. 急性疾患を抱えているか(ある場合は病名)  
 いいえ  はい
  4. 現在妊娠しているか  
 いいえ  はい
  - 4a. 妊娠して13週間未満  
 いいえ  はい
  - 4b. 妊娠して13週間以上  
 いいえ  はい
  5. これまでにワクチン接種でアナフィラキシーショックの症状が出たことがあるか(ある場合はワクチンの名前)  
 いいえ  はい
  6. 現在免疫不全、末期がんで抗がん剤、又は放射線治療中であるか  
 いいえ  はい
  7. アレルギーの有無(具体的に御記入下さい)  
 いいえ  はい
  8. 過去に血栓症にかかったことがあるか。または抗凝固薬を使用したことがあるか  
 いいえ  はい
  9. 認知症又は行動障害の有無:  
 いいえ  はい
- 過去に新型コロナウイルス感染症ワクチンを1回接種したが  
 いいえ  はい

AstraZeneca



2021/6/26

私は、ここに記入した情報が事実であり、正確であり、完全なものであること  
を誓います。虚偽の記入、または記入した情報がパスポートの情報と一致  
しないと175Hospitalが判断した場合、175Hospitalはワクチンの接種を拒  
否する権利を留保することを了承します。

また、この政府供給の無料ワクチンとして登録されたワクチンを他の人に譲  
渡することができないことを了承します。

Submit