

**PHIẾU SÀNG LỌC TRƯỚC TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19**  
**新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) ワクチン接種問診票**

Họ và tên (氏名): Mr.NIHON TAROU Nam (男)  Nữ (女)   
 Sinh ngày (生年月日): 1975-January-1 Số điện thoại (携帯電話番号): 0913809273  
 Nghề nghiệp (職業): office worker Passport (パスポート番号): MA1122334  
 Đơn vị công tác (勤務先; 主婦などの場合は配偶者の勤務先): NIHON SHOJI  
 Nơi ở hiện nay (現在の自宅・滞在先の住所): 261 Dien Bien Phu, Phường 7, Quận 3, Tp. Hồ Chí Minh  
 Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19 (過去に新型コロナウイルス感染症ワクチンを1回接種したか):

Chưa tiêm (いいえ)  
 Đã tiêm, loại vắc xin (はい、ワクチンの名前は: ) AstraZeneca - 2021/6/26

**I. Sàng lọc 問診**

1. Tiền sử rõ ràng phân vệ với vắc xin phòng COVID-19 lần trước hoặc các thành phần của vắc xin phòng COVID-19: これまで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、	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
2. Tiền sử rõ ràng bị COVID-19 trong vòng 6 tháng: 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	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
3. Đang mắc bệnh cấp tính 急性疾患を抱えているか (ある場合は病名):	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
4. Phụ nữ mang thai * (現在妊娠しているか)	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
4a. Phụ nữ mang thai <13 tuần (妊娠して13週間未満)	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
4b. Phụ nữ mang thai ≥13 tuần (妊娠して13週間以上)	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
5. Phản vệ độ 3 trở lên với bất kỳ dị nguyên nào (Nếu có, loại tác nhân dị ứng) これまで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):.....	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
6. Đang bị suy giảm miễn dịch nặng, ung thư giai đoạn cuối đang điều trị hóa trị, xạ trị: 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	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
7. Tiền sử dị ứng với bất kỳ dị nguyên nào アレルギーの有無 (具体的に御記入下さい):	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
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。または抗凝固薬を使用したことがあるか	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>
9. Rối loạn tri giác, rối loạn hành vi 認知症又は行動障害の有無:	Không いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	Có はい <input type="checkbox"/>

<p>10. Bất thường dấu hiệu sống (ghi rõ) (以下の数値に異常があるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhiệt độ (体温) : ..... độ C (度)</li> <li>• Mạch (脈拍) : ..... lần/phút (回/分)</li> <li>• Huyết áp (血圧) : ..... mmHg</li> <li>• Nhịp thở (呼吸) : ..... lần/phút (回/分)</li> </ul>	<p>Không いいえ</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Có はい</p> <p><input type="checkbox"/></p>
--	--	--

## II. Kết luận 結論 (医師記入欄)

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay:** Tất cả đều **KHÔNG** có điểm bất thường  
ワクチン接種可: 上記問診の全て回答は「いいえ」である

- **Chống chỉ định tiêm chủng vắc xin cùng loại:** Khi **CÓ** bất thường tại mục 1  
ワクチン接種不可: 上記問診の間1の回答が「はい」の場合

- **Trì hoãn tiêm chủng:** Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 2, 3, 4a  
ワクチン接種を延期: 上記問診の間2, 3, 4aの回答が「はい」の場合

- **Chỉ định tiêm tại các cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu phản vệ:** Khi **CÓ** bất thường tại mục 5  
アナフィラキシーショックが出た場合に救命処置を行える十分な条件のある医療機関でのワクチン接種を指定する: 上記問診の間5の回答が「はい」の場合

- **Nhóm thận trọng khi tiêm chủng:** Khi **CÓ** bất kỳ một điểm bất thường tại các mục 4b#, 6, 7, 8, 9, 10  
ワクチン接種時に慎重な検討を要するグループ: 上記問診の間4b, 6, 7, 8, 9, 10の回答に一つでも「はい」がある場合

\* Phụ nữ đang mang thai và cho con bú: Chống chỉ định với vắc xin Sputnik V  
現在妊娠・授乳している女性は、Sputnik Vのワクチンを接種できない  
# 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  
13週間以上の妊婦に対し、ワクチン接種のメリットとデメリットを十分に説明する上、産婦人科における緊急救命処置ができる医療機関でワクチンを接種すること

- **Đủ điều kiện tiêm chủng ngay** ワクチン接種可

- **Trì hoãn tiêm chủng** ワクチン接種を延期

Lý do ワクチン接種を延期の理由は

Hỏi ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm 2021

2021年.....月.....日、.....時刻

Người thực hiện sàng lọc

問診実施者

(Ký và ghi rõ họ tên)

(署名および氏名)



20210800031



## PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19 ワクチン同意書

Họ và tên (氏名): Mr.NIHON TAROU Nam (男)  Nữ (女)   
Sinh ngày (生年月日): 1975-January-1 Số điện thoại (携帯電話番号): 0913809273  
Nghề nghiệp (職業): office worker Passport (パスポート番号) MA1122334  
Đơn vị công tác (勤務先; 主婦などの場合は配偶者の勤務先): NIHON SHOJI  
Nơi ở hiện nay (現在の自宅・滞在先の住所): 261 Dien Bien Phu, Phường 7, Quận 3, Tp. Hồ Chí Minh

1. Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vắc xin phòng COVID-19 có thể không phòng được bệnh hoàn toàn. Người được tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 đủ liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 cần thực hiện đầy đủ Thông điệp 5K phòng, chống dịch COVID-19.

ワクチンは効果的な予防方法ですが、感染を完全に防ぐことができません。規定量のワクチンを接種した方は感染を防ぐことができたり、感染した場合の重症化の程度を軽減することができます。ワクチン接種後も、新型コロナウイルス対策である5K（訳注：マスク着用、消毒、距離の確保、密集しない、医療申告の実施）を引き続き遵守する必要があります。

2. Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 có thể gây ra một số biểu hiện tại chỗ tiêm hoặc toàn thân như sưng, đau chỗ tiêm, nhức đầu, buồn nôn, sốt, đau cơ... hoặc tai biến nặng sau tiêm chủng

ワクチン接種は、接種部位もしくは全身に一部症状が出ることがあります。それらは接種部位の腫れや痛み、頭痛、吐き気、発熱、筋肉痛等の症状であり、時に重い症状になることがあります。

3. Khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, người được tiêm chủng cần liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời.

もし健康に異常が見られる場合は、ワクチン接種者は最寄りの医療機関に連絡し、速やかに診断、検査および治療をうける必要があります。

Sau khi đã đọc các thông tin nêu trên, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:

上記の情報を讀んだ上で、私はリスクを理解し

Đồng ý tiêm chủng ワクチンを接種することに同意します

Không đồng ý tiêm chủng ワクチンを接種することに同意しません



20210800031

Hồi ..... giờ ..... phút, ngày ..... tháng ..... năm 2021  
2021年.....月.....日、.....時刻

Người cam kết (ワクチン接種希望者)  
(Ký và ghi rõ họ tên) (署名および氏名)



PHIẾU KHAI THÁC TIỀN SỬ DỊ ỨNG  
アレルギー・既往症問診票

- Họ và tên/ ワクチン接種を受ける者の氏名: Mr.NIHON TAROU Nam  Nữ   
- Sinh ngày/ 生年月日: 1975-January-1 Nam (M)  Nữ (F)   
- Số điện thoại/ 電話番号: 0913809273  
- Nghề nghiệp/ 職業: office worker  
- Đơn vị công tác/ 会社名: NIHON SHOJI  
- Nơi ở hiện nay/ 勤務先(主婦などの場合は配偶者の勤務先): 261 Dien Bien Phu, Phường 7, Quận 3, Tp. Hồ Chí Minh

No	Nội dung内容	Không いいえ	Cóはい		Biểu hiện lâm sàng, xử trí 症状・対応
			Số lần 回数	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng アレルギー原因物質名	
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng? 薬剤アレルギーの有無(その薬剤名もしくはアレルギー源)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Dị ứng với loại côn trùng nào? 昆虫アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào? 食物アレルギーの有無	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm...? その他アレルギーの有無: 花粉、ハウスダスト、化学物質、化粧品など	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...) アレルギー疾患の既往歴(例: アレルギー性鼻炎、アレルギー性肺炎)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không). アレルギー疾患の既往歴のあるご家族の有無? (両親、子ども、兄弟姉妹)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ngày ..... tháng ..... năm 2021  
2021年.....月.....日  
Bác sỹ khai thác 担当医  
(署名・氏名)

**PHIẾU THEO DÕI SAU TIÊM CHỦNG VACCIN COVID -19**  
**ワクチン接種後の経過観察票**

Ngày ..... tháng ..... năm 2021  
2021年 月 日

- Họ và tên/ ワクチン接種を受ける者の氏名: Mr.NIHON TAROU  
- Sinh ngày/ 生年月日: 1975-January-1

Nam  Nữ   
男(M)  女(F)

Thời gian vào khu theo dõi(経過観察開始時間)

Thời gian ra khu theo dõi(経過観察終了時間)

**I. Sinh hiệu khi vào (バイタルサイン)**

Mạch(脈) ..... lần/ phút (回/分) ; HA (血圧) ..... mmHg, T (体温) .....oC

**1.1. Triệu chứng toàn thân(全身の症状)**

- |                                    |                                |                                   |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1.1.1. Da, niêm mạc tím tái(チアノーゼ) | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.2. Mẩn ngứa toàn thân(全身の痒み)   | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.3. Chóng mặt(めまい)              | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.4. Khó thở(呼吸困難)               | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.5. Đau bụng(腹痛)                | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.6. Buồn nôn(吐き気)               | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.7. Nôn(嘔吐)                     | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.1.8. Triệu chứng khác (その他症状)    | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |

**1.2. Tại chỗ tiêm(接種部位)**

- |   |                                |                                   |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1.2.1. Có sưng tại chỗ tiêm không?(腫れ)                                | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| 1.2.2. Có phù nề tại chỗ tiêm không? (浮腫)                             | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| Nếu có, kích thước (ある場合はその大きさ)..... cm.                              |                                |                                   |
| 1.2.3. Có quầng đỏ tại chỗ tiêm không?(注射部位の発赤) <a href="#">[W31]</a> | <input type="checkbox"/> Có(有) | <input type="checkbox"/> Không(無) |
| Nếu có, đường kính quầng đỏ (ある場合はその直径) ..... cm.                     |                                |                                   |

**II. Diễn biến trong quá trình theo dõi (経過観察中の動向)**

2.1. Triệu chứng (症状)

2.2. Xử trí (処置)

**III. Lâm sàng khi kết thúc theo dõi (経過観察終了後の所見)**

Mạch(脈) ..... lần/ phút(回/分) ; HA(血圧) ..... mmHg, T(体温) .....oC

Các triệu chứng khác (その他症状).....

**IV. Kết luận (結論)**

Hồi ..... giờ .... phút, ngày ..... tháng ..... năm ..... đã theo dõi sau tiêm 30 phút, đề nghị  
2021年....月....日、.....時刻にて、接種後の30分間の経過観察終了

**BÁC SỸ PHỤ TRÁCH**  
(担当医師)

**ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC**  
(看護師)