



- 本人已充分获得新冠病毒感染症(以下简称新型冠状病毒)预防接种介绍及预防接种后可能出现的异常反应的相关信息,并将按照医生的预诊结果接受预防接种。 同意 不同意
- 同意新型冠状病毒接种疫苗时,为了安全接种,请仔细阅读以下提问,并填写本人(法定代理人、监护人)确认栏。

姓名		身份证号(外国人登记号码)	-	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
电话号码	(家)		(手机)	
为预防接种业务的个人信息处理等的同意事项				本人(法定代理人、监护人) 确认 <input checked="" type="checkbox"/>
按照《关于预防和管理传染病的法律》第33条之4及同法施行令第32条之3的规定,收集身份证号码等个人信息和敏感信息。附加收集的项目如下。				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 收集使用个人信息的目的: 发送下次接种、完成接种与否、预防接种后是否发生异常反应的相关短信等 ▪ 收集使用个人信息项目: 个人信息(包括敏感信息、身份证号码)、电话号码(家/手机) ▪ 个人信息的保存和使用期限: 5年 				
1.同意在接受新型冠状病毒预防接种前,通过“新型冠状病毒预防接种管理系统”事先确认接种对象的预防接种情况。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
* 若不同意事先确认疫苗接种情况时,可能会发生不必要的追加接种或交叉接种。				
2.同意用手机短信接收新型冠状病毒的下次接种及完成与否相关信息,新型冠状病毒接种疫苗后是否发生异常反应相关短信等。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
* 若不同意接收短信时,不能接收不同意项目的信息				
※ 但是,为了保护疫苗接种者的生命和健康,对于异常反应相关的重要信息等,无论是否同意,都可以进行引导。				
对接种对象的确认事项				本人(法定代理人、监护人) 确认 <input checked="" type="checkbox"/>
① (女性) 现在是否怀孕?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
② 和以前不同,今天有不舒服的地方吗? 请填写疼痛的症状。()				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
③ 是否曾被诊断为新型冠状病毒? 如有填写诊断日期。(年 月 日)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
④ 最近14天内接种过疫苗(新型冠状病毒疫苗以外)吗?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑤ 是否曾接种过新型冠状病毒疫苗? <input type="checkbox"/> 若回答“否”,跳到第⑥项				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
若是,请填写接种日期。(接种日期: 年 月 日)				
⑤-1 是否接种新型冠状病毒接种疫苗后有过度过敏反应(Anapilicis:休克、呼吸困难、失去知觉、嘴唇/口腔浮肿等)而接受治疗的经历吗?(出现过度过敏反应的疫苗种类:)				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑤-2 是否接种新型冠状病毒接种疫苗后,有没有因出现血小板减少性血栓症、毛细血管泄漏综合症、心肌炎/心囊炎等重症异常反应而接受治疗过?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(重症异常反应的种类: , 出现异常反应的疫苗种类:)				
⑥ 过去是否有过度过敏反应(Anapilicis:休克、呼吸困难、失去知觉、嘴唇/口腔浮肿等)并接受过治疗吗? 如果有的话,请填写您所知道的诱发过度过敏的物质。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
()				
⑦ 是否患有血液凝固障碍,或者正在服用抗凝剂? 如有,请填写疾病名称或药类。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
()				
本人(法定代理人,监护人) 姓名: (签名) 与接种对象的关系: 年 月 日				
医生预诊结果 (医生记录栏)				确认 <input checked="" type="checkbox"/>
体温: °C		对接种后有可能出现的异常反应进行了说明		<input type="checkbox"/>
说明了“为了观察异常反应,接种后应在预防接种机构逗留15~30分钟”。				<input type="checkbox"/>
预诊结果	<input type="checkbox"/> 可以进行预防接种			
	<input type="checkbox"/> 推迟预防接种(理由:)			
	<input type="checkbox"/> 预防解种禁忌(理由:)			
确认了以上问诊和诊察。		医生姓名: (签名)		
预防接种实施人记录栏				
制造商		疫苗制造编号		接种部位
				<input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 右上臂
接种者姓名: (签名)				