

VỀ VIỆC TIÊM VẮC-XIN CORONA CHO THỰC TẬP SINH KỸ NĂNG



Hiện tại, việc tiêm vắc-xin Corona chủng mới đang được tiến hành. Bất kỳ người nước ngoài nào đang sinh sống tại Nhật Bản muốn được tiêm phòng, bao gồm cả thực tập sinh kỹ năng thì đều được tiêm miễn phí. Việc tiêm phòng được thực hiện 2 lần.

Hãy tiêm phòng dựa theo quyết định của bản thân

Theo pháp luật Nhật Bản, việc tiêm phòng vắc-xin được tiến hành dựa theo quyết định của từng cá nhân. Nếu công ty khuyến khích tiêm phòng, công ty cần giải thích tường tận cho nhân viên.

Nếu việc tiêm phòng gây ra những tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe thì sẽ nhận được cứu trợ theo luật pháp Nhật Bản.

Quy trình tiêm phòng giống với người Nhật

- 1) Phiếu tiêm phòng sẽ được gửi qua bưu điện từ thành phố/ thị trấn đến địa chỉ được ghi trên thẻ cư trú
- 2) Đặt lịch tiêm phòng
- 3) Tiêm phòng tại địa điểm tiêm phòng

[Những thứ cần mang đến địa điểm tiêm phòng] Phiếu tiêm phòng, P hiệu khảo sát (Tiếng Nhật), giấy tờ xác minh danh tính (thẻ cư trú, thẻ mynumber...)



Quy trình của việc tiêm phòng vắc-xin

Cẩn thận với việc lây nhiễm trong xe ô tô

Đã xảy ra nhiều trường hợp lây nhiễm lan rộng trong lúc nghỉ giải lao hoặc di chuyển bằng xe ô tô. Những ngày nắng nóng thật vất vả nhưng hãy cố gắng thông gió trong xe trong khả năng có thể. Hiện tại, đang bùng phát chủng Delta, có khả năng lây nhiễm cao hơn vi-rút corona trước đó. Tránh ăn uống trong xe, đeo khẩu trang trong lúc nghỉ giải lao và di chuyển. Hạn chế nói chuyện.



Hãy nhờ những người Nhật xung quanh hỗ trợ

Để được tiêm phòng cần phải có năng lực tiếng Nhật nhất định. Hãy nhờ những người Nhật xung quanh giúp đỡ.

- Xác nhận điểm đến trong Phiếu tiêm phòng
- Xác nhận mong muốn tiêm phòng, giải thích về vắc-xin
- Đặt lịch tiêm phòng
- Điền vào Phiếu khảo sát tiêm phòng
- Hướng dẫn đến địa điểm tiêm phòng

Điền vào Phiếu khảo sát bản Tiếng Nhật

Trước tiên, hãy đọc kỹ bản dịch của Phiếu khảo sát và Hướng dẫn tiêm phòng. Sau đó, điền các mục cần thiết

vào Phiếu khảo sát bản Tiếng Nhật được đính kèm theo Phiếu tiêm phòng vắc-xin.



Giải thích về vắc-xin (Công ty Pfizer)



Giải thích về vắc-xin (Công ty Moderna)

Địa chỉ và họ tên hãy nhập bằng tiếng Nhật được ghi trên địa chỉ của phiếu tiêm chủng.



Phiếu khảo sát bản Tiếng Việt

Vui lòng viết địa chỉ và tên của bạn bằng tiếng Nhật
Phiếu kiểm tra y tế sơ bộ để

tiêm chủng vắc-xin phòng ngừa virus corona

* Vui lòng điền hoặc đánh dấu vào các ô bên trong khung in đậm

Địa chỉ hiện tại của cư trú	Thành	Thị trấn	Thị trấn phố/Quận/Tô-kyô
Phường	Đường	()	()
Họ tên	Điền theo	()	()
Ngày sinh	Năm	Tháng	Ngày
	nam	đ	đ
	Thân nhiệt trước khi khám		Độ C
Chưa hỏi		Trả lời	
Đã có phải là lần đầu tiên bạn tiêm chủng vắc-xin ngừa virus corona không? (Nếu bạn đã được tiêm chủng trước đó, ngày tiêm mới nhất là: / / ngày tiêm mới nhất là: / /)		<input type="checkbox"/> Chưa	<input type="checkbox"/> Có
Thông tin thành phố, thị trấn, hoặc làng xã mà bạn hiện đang cư trú có giống với thông tin thành phố, thị trấn hoặc làng xã được ghi trên phiếu tiêm chủng không?		<input type="checkbox"/> Giống	<input type="checkbox"/> Không giống
Bạn đã đọc "Phương pháp về vắc-xin ngừa virus corona", cũng như bạn đã hiểu và tin tưởng rằng không mong muốn của vắc-xin chưa?		<input type="checkbox"/> Đã hiểu	<input type="checkbox"/> Chưa hiểu
Bạn có thuộc nhóm đối tượng được ưu tiên cao khi tiêm vắc-xin này không? <input type="checkbox"/> Nhân viên y tế, v.v. <input type="checkbox"/> Người từ 65 tuổi trở lên <input type="checkbox"/> Người từ 60 đến 64 tuổi <input type="checkbox"/> Nhân viên làm việc tại các cơ sở dành cho người cao tuổi, v.v. <input type="checkbox"/> Người có bệnh lý mãn tính (bệnh)		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hiện tại, bạn có đang mắc bệnh gì không và có đang điều trị hay uống thuốc không? Tên bệnh: <input type="checkbox"/> bệnh truyền nhiễm <input type="checkbox"/> bệnh gan <input type="checkbox"/> bệnh mạch máu <input type="checkbox"/> bệnh gây khó chịu mắt <input type="checkbox"/> suy giảm miễn dịch Loại điều trị: <input type="checkbox"/> thuốc chống đông máu () <input type="checkbox"/> khác ()		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có bị sốt hoặc bị ốm trong vòng 1 tháng qua không? Tên bệnh ()		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hiện nay bạn có cảm thấy có chỗ nào không khỏe không? Tình trạng ()		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có tăng bì có gợn (đông kính) không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có từng gặp phải các triệu chứng đi ung nghiêm trọng (như sốt phát rét) do thuốc hoặc thực phẩm không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có tăng bì sau khi tiêm chủng không? Loại vắc-xin () Tình trạng ()		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có đang mang thai hay nghi ngờ mang thai không (ví dụ, kinh nguyệt trễ hơn dự kiến)? Hãy báo động cho con bạn?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có tiêm loại vắc-xin nào trong vòng hai tuần qua không? Loại vắc-xin () Ngày tiêm ()		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Bạn có chu kỳ nào về loại vắc-xin sẽ tiêm ngày hôm nay không?		<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Phân biệt ở đây	Điền trước bất kỳ câu trả lời nào về tình trạng hiện tại của bạn, việc tiêm vắc-xin hôm nay (có thể khác biệt, không thể thực hiện)		Chú ý và con dấu của bác sĩ
	Tôi đi giải thích cho bệnh nhân về tác dụng của vắc-xin, cũng như các tác dụng phụ và Hệ thống trợ cấp cho các tình huống về khảo sát tiêm chủng <input type="checkbox"/> Người được tiêm chủng dưới 16 tuổi (kính gửi cha mẹ và người giám hộ)		
Đơn yêu cầu tiêm chủng vắc-xin ngừa virus corona Sau khi được bác sĩ chẩn đoán, giải thích và bạn đã hiểu rõ về tác dụng cũng như tác dụng phụ của vắc-xin, bạn có muốn được tiêm vắc-xin này không? (Tôi muốn được tiêm chủng / Tôi không muốn tiêm chủng)		Chú ý của người được tiêm chủng	
Mục đích của phiếu kiểm tra y tế sơ bộ này là để đảm bảo tình an toàn của vắc-xin. Tôi đã hiểu đầy đủ và đồng ý rằng phiếu kiểm tra y tế sơ bộ này sẽ được trình lên chính quyền thành phố, Hiệp hội bảo hiểm y tế quốc gia toàn Nhật Bản và Liên đoàn các tổ chức bảo hiểm y tế quốc gia.		Ngày: (Nếu người được tiêm chủng không thể tự mình ký tên vào đơn này thì người đại diện phải ký tên vào đơn, và phải nêu rõ tên cũng như mối quan hệ của người đại diện với người được tiêm chủng.) (* Đối với người dưới 16 tuổi, đơn này phải có chữ ký của người giám hộ. Đối với người được giám hộ nhưng đã qua tuổi thành niên, thì phải có chữ ký của chính người đó hoặc người giám hộ đã trưởng thành.)	
Phân biệt ở đây	Tên vắc-xin và số ID	Lưu trữ	Nơi tiêm chủng
	Vì tiêm phòng		Nơi tiêm chủng
	* Dữ liệu đọc theo không	Tên bác sĩ	Mã số chức vụ và
(Lưu ý: Điền báo cáo tiêm chủng theo ngày lịch)	mil	Ngày tiêm	* Ví dụ: Ngày 1 tháng 4 năm 2021 → 2021/04/01