



日期 วันที่รับบริการ..... HN.....

姓名 ชำนาญ..... 年龄 อายุ..... 岁 出生日期 วัน/เดือน/ปีเกิด.....

护照号码 Passport No. .... 联系电话 เบอร์โทรศัพท์.....

住址 ที่อยู่.....

请根据您的实际情况在框中标记 “✓” *如有疑问，请咨询工作人员 โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง		是 (ใช่)	否 (ไม่ใช่)
1	您未滿 18 岁 您有อายุต่ำกว่า 18 ปี		
2	您曾对疫苗、药物或疫苗成分严重过敏(考虑换其他种类的新冠疫苗) คุณเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)		
3	在过去 3 个月内, 您曾检测出新冠病毒 您ได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา		
4	您患有慢性基础疾病且症状仍不稳定, 无法控制症状,如: 心脏病、神经系统疾病等, 病情刚复发的情况下, 除非主治医师评估后判定可以接种疫苗(您患有此类慢性疾病应先咨询医生) คุณมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่นๆที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)		
5	您处于孕期, 孕期不满 12 周 您当前อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์		
6	您患有急性病, 或住院治疗且出院时间不超过 14 天(除非医生说明可以接种疫苗) คุณมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)		
7	您目前正在生病(应先治愈后再考虑接种疫苗) 您当前กำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)		
8	在过去 14 天内您是否接种过任何疫苗, 在过去 1 个月内您是否接种过麻疹疫苗或者水痘疫苗(新冠疫苗与其他疫苗接种时间应间隔至少 14 天, 如果是减毒活疫苗应间隔 1 个月) คุณได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่ คุณได้รับวัคซีนโรคหัด หรืออีสุกอีใส มาก่อนในช่วง 1 เดือน หรือไม่ (ควรฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 ห่างจากวัคซีนอื่นอย่างน้อย 14 วัน แต่ถ้าเป็นวัคซีนเข็มมีชีวิต ต้องห่างกัน 1 เดือน)		
9	您对接种新冠疫苗感到非常担忧(请在接种新冠疫苗前先咨询医生或者医护人员, 以便对新冠疫苗充分了解,减轻担忧) คุณมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19		
我已经了解以上问题,并向接种疫苗的工作人员提供本人实际健康状况信息			
<p>新冠疫苗可高效预防新冠病毒, 且能够降低症状严重程度, 但疫苗无法预防轻微或无症状病状。您仍然有感染新冠病毒的风险。</p> <p>因此, 您仍须遵循新冠疫情管理中心、府传染疾病委员会和卫生部的防疫措施, 例如: 戴口罩、保持社交距离、勤洗手、出入各类场所进行登记等。</p> <p>新冠疫苗可能与其他疫苗和药物一样会产生副作用,这是为了产生免疫抗体导致的不良反应疫苗的不良反应。疫苗可能产生的副作用症状包括: 发烧、发冷、疼痛、肿胀、注射部位发红、头痛、肌肉酸痛、关节痛、虚弱、疲劳、恶心、呕吐、注射部位腋下腺体肿胀。</p> <p>如您接种新冠疫苗后出现严重不良反应及症状, 请立即就医。</p> <p>我已知道并了解新冠疫苗相关信息, 愿自行承担有关风险, 并证明我提供的信息均属实。</p>			
<p><input type="checkbox"/> 愿意接种新冠疫苗 ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19      <input type="checkbox"/> 不愿意接种新冠疫苗 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด 19</p> <p>签名..... (.....) 接种者/合法监护人</p>			
<p>慢性疾病史 โรคประจำตัว</p> <p><input type="checkbox"/> 糖尿病 โรคเบาหวาน      <input type="checkbox"/> 心血管疾 โรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性呼吸道疾病 โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง      <input type="checkbox"/> 脑血管疾病 โรคหลอดเลือดสมอง</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肾病 โรคไตเรื้อรัง      <input type="checkbox"/> 癌症 โรคมะเร็ง</p> <p><input type="checkbox"/> 其他疾病 โรคอื่นๆ.....</p>			