

**COVID-19 Vaccination: Screening and Consent Form**
**新型コロナウイルスワクチン接種予診票兼同意書**

**英語予診票・同意書の内容を理解するために日本語訳したものです。**

**実際の記入・同意署名は次ページ以降の英語版またはタイ語版をお願いします。**

敬称 (選択してください) 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
 電話番号 \_\_\_\_\_ パスポート番号 \_\_\_\_\_  
 タイ国内住所 \_\_\_\_\_

該当する事項に✓をしてください		はい	いいえ
1	18歳未満である		
2	妊娠中で現在妊娠12週未満である		
3	新型コロナウイルスワクチンまたは新型コロナウイルスワクチンの成分にアレルギー反応を起こしたことがある、または前回の接種で重篤な副反応があった(代わりに他の種類の新型コロナウイルスワクチンを検討)		
4	過去3か月以内に新型コロナウイルスのPCR検査で陽性が確認された(陽性確認日: _____)		
5	持病があり症状が安定せず治療を継続中である。症状が安定している場合は「いいえ」にチェックしワクチンを接種できます。(該当する疾患すべてにチェック) <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> がん(化学療法、放射線治療を受けている) <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤を服用している		
6	コロナワクチン接種後に心膜炎、心筋炎と診断されたことはありますか?		

1. このコロナワクチンは、SARS-cov-2 に対して非常に効果がありコロナ感染症の重症化を防ぐことができます。ワクチン接種が完了しても、免疫を獲得するまでには約2週間ほど掛りますので、その期間は、コロナウイルスに感染するリスクがあります。それゆえ政府関連機関から推奨されている公共の場所での出入り際にはマスクをして手洗いし、社会的距離を取ることが必要です。

2. このワクチンは他のワクチンや薬剤と同様に副反応が現れることがあります。主な副反応としては、発熱、悪寒、痛み、むくみ、接種箇所のはれ、頭痛、筋関節痛、疲労、吐き気、嘔吐、接種した腕の脇の下のリンパ腺のはれがあります。また、まれにはありますが接種後に胸痛、息切れ、動悸など心臓の炎症(心筋炎/心膜炎)が報告されています。もしそのような症状が出た場合は、すみやかに医師の診察を受けて下さい。

私は上記を読み、この薬剤が緊急使用許可薬であり、起こりうる合併症や副反応、また現時点で知られていない長期にわたる合併症や副反応などをすべて予見することが出来ないこと、またこれらすべてがサミティヴェート病院の故意及び過失によって引き起こされるものではないことを理解し同意します。したがって、私はサミティヴェート病院に対して訴訟を起こしたり、損害を請求したり、訴訟を起こしたりすることは致しません。私はコロナワクチンについての、ガイドライン、患者手引きを読み、理解いたしました。

よって私は [ ] **新型コロナウイルスワクチンを接種します**    [ ] **新型コロナウイルスワクチンを接種しません**

 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

被接種者/代理権を持つ者  
(接種を受ける人)

 \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

接種者 (病院スタッフ)

### COVID-19 Vaccination: Screening and Consent Form

Title: (Mr. / Mrs. / Miss) Name \_\_\_\_\_ Middle name \_\_\_\_\_ Last name \_\_\_\_\_

Age \_\_\_\_\_ years Telephone No \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Passport No \_\_\_\_\_

<b>Please respond to the following questions by placing a checkmark ✓ in the correct box.</b>		<b>Yes</b>	<b>No</b>
1	Are you under the age of 18?		
2	Are you pregnant with a gestational age of fewer than 12 weeks?		
3	Do you have a history of allergy to the COVID-19 vaccine or any component of the COVID-19 vaccine, or had a severe reaction to a previous COVID-19 injection (consider a different COVID-19 vaccine)?		
4	Have you had a detected COVID-19 PCR result in the past 3 months? If yes, date detected _____		
5	Do you have an underlying disease and receive continued treatment <b>but symptoms are unstable</b> (If stable you can checkmark <b>No</b> and are able to get the vaccine) <input type="checkbox"/> Chronic Respiratory Disease <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Chronic Kidney Disease <input type="checkbox"/> Cerebrovascular <input type="checkbox"/> Cancer (undergoing chemotherapy or radiotherapy) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Taking immunosuppressive drugs		
6	Have you been diagnosed with inflammatory heart disease (myocarditis/pericarditis) after previously receiving a COVID-19 vaccine		

1. The COVID-19 vaccine is highly effective against COVID-19 infection and reduces the severity of COVID-19 disease. After receiving the 2<sup>nd</sup> vaccination, your body will take around 2 weeks to develop immunity. During that time, you are still at risk of COVID-19. Therefore, you need to follow the instructions and other measures announced by the Centre for COVID-19 Situation Administration, Provincial Communicable Disease Committee, and the Ministry of Public Health such as wearing masks, keeping space between others, and washing hands when entering public places.

2. COVID-19 vaccines may have adverse effects, similar to other vaccines and drugs. Common adverse effects of the vaccine include fever, chills, pain, swelling, inflammation in the area of injection, headache, muscle aches, joint pain, fatigue, nausea, vomiting, and swelling of the underarm gland on the same side as the injection. In very rare cases heart inflammation (myocarditis/pericarditis) has been reported, indicated by symptoms such as chest pain, shortness of breath, or palpitations. If you experience any adverse effects, please see a doctor immediately.

I confirm that I have read this consent form and I understand and agree that it is not possible to predict all possible side effects or complications which could be associated with the vaccine and that the long term side effects or complications of this vaccine are not known at this time due to its Emergency Use Authorization. I understand and agree that the aforementioned possible adverse effects will not have been caused by intentional or negligent acts of Samitivej Hospitals. Therefore, I will not be able to sue, claim damages or proceed with any case against Samitivej Hospital. I have read and understood guidelines and patient instructions regarding the COVID -19 vaccination.

I,  **accept to receive the COVID-19 vaccine**       **do not want to receive the COVID-19 vaccine**

\_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
Vaccine Recipient/ Legal Representative

\_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
Hospital Staff

**แบบคัดกรองและยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19**

ชื่อ – นามสกุล \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
 เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ หมายเลขบัตร  
 ประชาชน \_\_\_\_\_

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง		ใช่	ไม่ใช่
1	คุณอายุต่ำกว่า 18 ปี		
2	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์		
3	คุณเคยมีประวัติแพ้วัคซีน โควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีน โควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อน อย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีน โควิด 19 ชนิดอื่นแทน)		
4	คุณได้ตรวจพบเชื้อ โควิด 19 ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา ระบุวันที่พบผลบวก _____		
5	คุณมีโรคประจำตัวและได้รับการรักษาต่อเนื่อง แต่อาการยังไม่คงที่ (ถ้าอาการคงที่ให้ตอบว่า <i>ไม่ใช่</i> และสามารถฉีดวัคซีนได้) <input type="checkbox"/> โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> โรคเมรังค์ที่อยู่ในระหว่างเคมีบำบัด/รังสีบำบัด <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง <input type="checkbox"/> ได้รับความกดภูมิคุ้มกัน		
6	คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจอักเสบ (Myocarditis/pericarditis) หลังจากฉีดวัคซีน โควิด 19 ครั้งที่ผ่านมา		

1. วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ หลังจากฉีดวัคซีน โควิด 19 เข็มที่ 2 ประมาณ 2 สัปดาห์ร่างกายจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอที่จะป้องกันโรค ท่านจึงยังคงมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นท่านจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่นๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ เมื่อเข้าไปยังสถานที่ต่างๆ เป็นต้น

2. วัคซีน โควิด 19 อาจมีผลข้างเคียงเช่นเดียวกับวัคซีนและยาอื่นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมาได้วางแผนข้างที่ฉีดวัคซีนบวม ทั้งนี้พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่น้อยมาก โดยอาการบ่งชี้ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจสั้นหรือใจสั้น หากท่านมีอาการข้างเคียงรุนแรงภายหลังได้รับวัคซีน โปรดไปพบแพทย์ทันที

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและยินยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วยตนเอง และเข้าใจว่าอาจมีผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในอนาคต ซึ่งไม่สามารถคาดเดาหรือทราบได้ในปัจจุบัน จากการได้รับวัคซีนในภาวะฉุกเฉินในครั้งนี้ ทั้งนี้ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าผลข้างเคียงดังกล่าวไม่ได้เกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของโรงพยาบาลสมิติเวช ดังนั้นข้าพเจ้าจะไม่สามารถฟ้องร้อง เรียกค่าเสียหาย หรือดำเนินการทางคดีใดๆยังโรงพยาบาลสมิติเวชได้ ข้าพเจ้าได้รับทราบแนวทางปฏิบัติและคำแนะนำที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการได้รับวัคซีน โควิด 19 แล้ว

 โดยข้าพเจ้า  ยินยอมฉีดวัคซีน โควิด 19

 ไม่ยินยอมฉีดวัคซีน โควิด 19

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 ผู้รับบริการ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล