

同意書（仮訳）

※これをご参考にハンガリー語様式（別紙）にご記入ください。

氏名： 生年月日：
 社会保障番号： 住所：
 電話番号： メールアドレス：

	はい	いいえ
1 慢性的な病気の有無（糖尿病、高血圧、喘息、心疾患、腎疾患など）		
2 定期的な薬の服用の有無		
3 アレルギーの有無（食料品、薬、その他）		
4 1回目のコロナワクチン ・種類 ・接種日		
5 2回目のコロナワクチン ・種類 ・接種日		
6 コロナ接種後の血栓などの重大な副反応の有無		
7 コロナ接種後のアナフィラキシーショックの有無		
8 過去4週間以内の急性疾患の有無		
9 過去2週間以内の発熱の有無（備考：発熱の急性疾患がある場合は接種禁止）		
10 現在状態が悪い自己免疫疾患の有無		
11 過去3ヶ月以内の免疫システムを低下させる治療の有無（コルチゾン、プレドニゾロン、その他のステロイド、免疫学的な製剤、抗悪性腫瘍薬、放射線療法）		
12 発作、神経系問題、麻痺の有無		
13 造血組織疾患、血友病の有無		
14 過去2週間以内のワクチン接種の有無		
15 今現在症状の有無		
16 妊娠の有無		
17 2ヶ月以内に妊娠の有無		
18 母乳で育てることの有無		

あなたは今コロナワクチン接種製品概要には含まれていないブースター（3回目のワクチン）接種を受けます。

日付

サイン