

โปรแกรมแจ้งความจำนงรับวัคซีนโควิด19สำหรับชาวต่างชาติ จังหวัดเชียงใหม่

COVID-19 vaccination request form for foreigners residing in Chiang Mai province

1. เลขที่บัตรประชาชน : Passport ID : 身份证/护照号 *

パスポート番号

2. คำนำหน้าชื่อ : Pre Name : 称谓 *

นาง Mrs. 敬称を選択

3. ชื่อ : First name : 名字 *

名

4. นามสกุล : Last Name : 姓氏 *

姓

5. เพศ : Gender : 性别 *

性別を選択

6. สัญชาติ : Nation : 国籍 *

British 国籍を選択

7. วันเดือนปีเกิด : Date of Birth : 出生日期 *

yyyy/mm/dd 生年月日

8. โทรศัพท์ : Thai telephone number : 联系电话 *

Format: タイ国内電話番号

9. Email : 邮箱 *

メールアドレス

10. ที่อยู่เลขที่ : Address in Chiang Mai : 清迈居住地址 *

番地、マンション名、部屋番号など

11. จังหวัด : Province : 府 *

県名を選択

12. อำเภอ : District : 县 *

群名を選択

13. ตำบล : Sub-district : 镇 *

区名を選択

14. หมู่ที่ : Moo : 村号 *

村名を選択

15. โรคประจำตัว : Chronic Disease or Risk : 慢性疾病或风险 *

持病について (該当するところにチェック)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืดที่ควบคุมได้ไม่ดี (Severe chronic respiratory disease) 严重的慢性呼吸道疾病, 例如无法得到有效控制的慢性阻塞性肺病和哮喘 | 1. 肺疾患や呼吸器の疾患がある |
| <input type="checkbox"/> 2. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) 心血管疾病; | 2. 心血管疾患がある |
| <input type="checkbox"/> 3. โรคไตเรื้อรังระยะ 5 (Chronic kidney disease stage 5) 慢性肾脏病 5 期; | 3. 慢性腎臓病 (ステージ 5) がある |
| <input type="checkbox"/> 4. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) 脳血管疾病; | 4. 脳血管疾患がある |
| <input type="checkbox"/> 5. โรค-เรื้อรังทุกชนิดที่อยู่ระหว่างเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด (Cancer) 正处于化学疗法、放射疗法或免疫疗法治疗中的各类癌症; | 5. 癌の放射線治療や化学療法中である |
| <input type="checkbox"/> 6. โรคเบาหวาน (Diabetes) 糖尿病; | 6. 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 7. โรคอ้วน ที่มีน้ำหนัก >100 กิโลกรัม หรือ BMI >35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Obesity with a weight > 100 kg or BMI > 35 kg/m ²) 体重 > 100公斤或体重指数 > 35公斤/平方米的肥胖症患者; | 7. 体重100kg以上かBMI35kg/m ² である |
| <input type="checkbox"/> 8. อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Aged 60 years and over without any chronic disease) 无任何慢性疾病并处于60岁及以上年龄阶段; | 8. 60歳以上で持病がない |
| <input type="checkbox"/> 9. อายุ 18-59 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Aged 18-59 without any chronic disease) 无任何慢性疾病并处于18-59岁年龄阶段; | 9. 18歳～59歳で持病がない |
| <input type="checkbox"/> 10. หญิงตั้งครรภ์ (Pregnancy) 孕妇; | 10. 妊娠中である |
| <input type="checkbox"/> 11. ภูมิแพ้ (Allergy) 过敏; | 11. アレルギーがある |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other explain below) 其他; | その他 |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัวดังกล่าวข้างต้น (No Medical Conditions/ Chronic Diseases/ Health Risks) 没有以上疾病。 | 上記の持病がない |

16. ประวัติแพ้ยา : Drug Allergy : 药物过敏史 * 薬物アレルギー

内容を記載

17. ประวัติแพ้อาหาร : Food Allergy : 食物过敏史 * 食品アレルギー (該当するところにチェック)

- นมวัว (Cow's milk) 牛奶; 牛乳・乳製品
- ไข่ (ไม่ขาว / ไม่แดง) (Egg: Egg white/Egg yolk) 蛋(蛋白/蛋黄); 卵
- พืชตระกูลถั่ว (nut) 豆类; ナッツ・豆類
- อาหารทะเล (Seafood) 海鮮; 海鮮類
- อื่นๆ (Other explain below) 其他 其他
- ไม่แพ้อาหารดังกล่าวข้างต้น (No Food Allergy) 没有以上食物过敏情况。 食品アレルギーはない

18. ประเภทของวีซ่า (VISA) 签证类型

VISAのタイプを記載

19. ท่านมีใครช่วยกรอกข้อมูลหรือไม่ (Did someone else help to prepare this form on your behalf) 有帮您填写资料吗?

Yes か No を選択 本フォームはご自身以外の方が代理で記載しましたか。

提出 → ยืนยัน (Submit) → ยกเลิก (Reset) ← キャンセル