Vaccination Register and Vaccination Screer	-		種予診票(英 ody temperature	語)
*Please write within the boxes. 接種希望の方へ:太ワク内にご記入く *Guardians with adequate knowledge of their child's health condition may fill d		hild お子さ	before exam	°C
んの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。			診察前の体温	-
Address 住所	TEL			
Name of patient	Sex □Male 男 □ Female 女			
受ける人の名前	1 生 万 月			
(Guardian's name)	Date of Birth year 年			
(保護者の氏名) 生年月日 (years old 歳 (months)ヶ月)				
Questions	Answers Doctor's Notes			
質問事項 1 Are you feeling sick today at all?	□ Yes ある	回答欄	□ No	医師記入欄
今日、体に具合の悪いところがありますか			ない	
2 Are you currently going to the doctor for any sort of illness?	□ Yes はい		No גיזיא	>
現在、何かの病気で医師にかかっていますか ・Are you receiving treatment (medication, etc)?	Yes はい		V V	<u>د</u>
治療(投薬など)を受けていますか			しいしょ	<u>ک</u>
•Did the doctor treating you say it was alright to get the influenza	🗆 No いいえ		□ Yes はい	
vaccination? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。				
3 Have you been sick in the last month?	□ Yes はい		🗆 No	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 4 Have you ever been diagnosed with a serious illness?	□ Yes はい		レレンジ レレンジ レレンジ レレンジ レレンジ レンジ ジンジ レンジ シンジ レンジ シンジ シンジ シンジ シンジ シンジ シンジ シンジ シ	۲.
4 nave you ever been diagnosed with a serious liness? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか	\Box disease name	病名	טאים ליאיא	Ż.
	()	-
5 Have you ever been diagnosed with interstitial pneumonia,			<u>hth</u> 月頃 □ No	2
bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses? If so, are you currently in treatment? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系	□Currently in treatment 現在治療中 いいえ □Not in treatment 治療していない			
疾患と診断され、現在、治療中ですか				
6 Have you ever had a seizure (convulsions)? 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	□ Yes ある	<u>times</u> 回く	*らい 🗆 No ない	
7 Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain	□ Yes ある □ No			
medicines or foods? 変め会日で中国に発してないとさしていてため、体の目会が再くなったこ	Medicine or food name: ない			
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったこ とがありますか	薬または食品の名	月山)	
8 Have you or any of your relatives been diagnosed with a congenital immunodeficiency? 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	□ Yes はい		ראיז: אראי:	Ž
9 Have you, your family, or anyone around you contracted measles,	□ Yes いる		🗌 🗌 No	
rubella, chicken pox, or mumps in the last month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにか かった方がいますか。	□measles 麻しん □rubella 風しん いない □chicken pox 水痘 □mumps おたふくかぜ			
10 Have you received any vaccinations in the last month?	\Box Yes はい \Box No			
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	Name of vaccination 予防接種名 いいえ			え
11 Have you ever felt sick after receiving a vaccination?	□ Yes ある		/ □ No	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	Name of vaccination 予防接種名 ない ()			
12 (Women only) Are you currently pregnant?	□ Yes はい		□ No	
(女性の方に)現在妊娠していますか 13 (If the vaccination is for a child)	□ Yes ある		レレンジ レレンジ レレンジ レレンジ	د
(予防接種を受けられる方がお子さんの場合)	□ labor 分娩時		ない	
Were there any problems with the child's health during labor,	□delivery 出生時			
delivery, or infancy? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	□infancy 乳幼	兄煡診 <u></u>		
	the Detional of	ature (Come !!		8
After an examination with the doctor, I have heard and understood the Patient's Signature (Guardian's Signature) doctor's explanation about the vaccination, its effects and purpose, and 本人の署名(または保護者の署名)				
the possibility of serious side effects.				
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性な どについて理解した上で、接種を希望しますか。 *Patients that are not able to write themselves must have a				
□ Yes, I want to receive the vaccination 接種を希望します representative sign and state their relationship to the patient.				
□ No, I do not want to receive the vaccination 接種を希望しません 自書できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。				
医師記入欄				
問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・見合わせたほうがよい)と判断します。				
医師署名:				
予防接種名・ロット番号用法・用量	接種日時		実施者	