

Vaccination Register and Vaccination Screening Questionnaire 予防接種予診票（英語）

\*Please write within the boxes. 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

\*Guardians with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child. お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

Body temperature before exam 診察前の体温	℃
--	---

Address 住所	TEL
Name of patient 受ける人の名前	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
(Guardian's name) (保護者の氏名)	Date of Birth 生年月日 ( year 年 month 月 day 日 ) ( years old 歳 (months)ヶ月)

Questions 質問事項	Answers 回答欄	Doctor's Notes 医師記入欄
1 Are you feeling sick today at all? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> No ない	
2 Are you currently going to the doctor for any sort of illness? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
•Are you receiving treatment (medication, etc)? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
•Did the doctor treating you say it was alright to get the influenza 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。	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい	
3 Have you been sick in the last month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
4 Have you ever been diagnosed with a serious illness? 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	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> disease name 病名 ( ) <input type="checkbox"/> No いいえ	
5 Have you ever been diagnosed with interstitial pneumonia, 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疾患と診断され、現在、治療中ですか	<input type="checkbox"/> Yes はい ____year 年 ____month 月頃 <input type="checkbox"/> Currently in treatment 現在治療中 <input type="checkbox"/> Not in treatment 治療していない <input type="checkbox"/> No いいえ	
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	<input type="checkbox"/> Yes ある ____times 回ぐらい <input type="checkbox"/> No ない	
7 Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain medicines or foods? 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	<input type="checkbox"/> Yes ある Medicine or food name: 薬または食品の名前 ( ) <input type="checkbox"/> No ない	
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	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
9 Have you, your family, or anyone around you contracted measles, rubella, chicken pox, or mumps in the last month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	<input type="checkbox"/> Yes いる <input type="checkbox"/> measles 麻疹 <input type="checkbox"/> rubella 風しん <input type="checkbox"/> chicken pox 水痘 <input type="checkbox"/> mumps おたふくかぜ <input type="checkbox"/> No いない	
10 Have you received any vaccinations in the last month? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい Name of vaccination 予防接種名 ( ) <input type="checkbox"/> No いいえ	
11 Have you ever felt sick after receiving a vaccination? 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	<input type="checkbox"/> Yes ある Name of vaccination 予防接種名 ( ) <input type="checkbox"/> No ない	
12 (Women only) Are you currently pregnant? (女性の方に)現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ	
13 (If the vaccination is for a child) (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) Were there any problems with the child's health during labor, 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	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> labor 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> delivery 出生時 _____ <input type="checkbox"/> infancy 乳幼児健診 _____ <input type="checkbox"/> No ない	

After an examination with the doctor, I have heard and understood the doctor's explanation about the vaccination, its effects and purpose, and 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。

- ☐ Yes, I want to receive the vaccination 接種を希望します  
☐ No, I do not want to receive the vaccination 接種を希望しません

Patient's Signature (Guardian's Signature)

本人の署名(または保護者の署名)

\*Patients that are not able to write themselves must have a representative sign and state their relationship to the patient.  
 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