

学生健康服务

University of Iowa
4189 Westlawn
Iowa City, IA 52242

疫苗接种问卷

1. 请回答以下所有问卷问题。如果您对问题有疑问，请要求医护人员为您说明。

	否	是	?
● 您抽血或打针时曾有过头晕或昏厥的现象吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 过去四小时内您曾进食吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 您觉得今天身体不舒服吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 您对乳胶、药品、鸡蛋、明胶、新霉素或以前接种过的疫苗有严重的过敏反应吗？如有，请注明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 您患有慢性疾病（例如：哮喘、糖尿病、关节炎、肺部 / 心脏 / 肾脏 / 肝脏 / 神经 / 胃 / 肠或血液疾病）吗？ 如有，请注明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 您的免疫系统虚弱（例如：因为爱滋病毒、癌症、类固醇之类的药物、治疗癌症的药物、或放射治疗）吗？ 若是，请注明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 过去四至六周内您接受过疫苗接种吗？ 如有，请注明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 您已阅读了疫苗资料声明（Vaccine Information Statement）吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 若您未满十九岁，您经常服用阿司匹林或含有阿司匹林的药物吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
● 女性请回答：下个月您有可能怀孕或计划怀孕吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
● 您曾有过阳性肺结核皮肤测试结果，或曾接受肺结核验血吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. 请圈选需要接种的疫苗（可圈选多项）。

A 型肝炎	流感注射	麻疹-腮腺炎-风疹三联疫苗(MMR)	破伤风和白喉疫苗	黄热病
B 型肝炎	流感喷鼻剂	肺炎球菌苗	白喉破伤风和百日咳疫苗	
A/B 型肝炎	日本脑炎	小儿麻痹症疫苗	伤寒症	
人类乳头状瘤病毒 (HPV)	脑膜炎球菌结合	狂犬病	水痘	

[

签名 _____

日期 ____ / ____ / ____ /