

予防接種に関するアンケート

1. アンケートのすべての項目にお答えください。質問が明確ではない場合は、ヘルスケア担当者に説明してもらってください。

	いいえ	はい	?
• 採血や注射をしたときにめまいがしたり失神したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 今まで 4 時間の間に何か食べましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 今日は具合が悪いですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 重症のアレルギー、またはラテックス、薬、卵、ゼラチン、ネオマイシンに対する激しい反応がありますか？ または以前予防接種のときに激しい反応がありましたか？ はいの場合、具体的に説明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 慢性の病状がありますか？（喘息、糖尿病、関節炎、肺/心臓/腎臓/肝臓/神経/胃腸の病気、血液障害）ある場合、具体的に説明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 免疫障害がありますか？（HIV、癌、ステロイド、癌治療用の医薬品、放射線治療）はいの場合、具体的に説明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 過去 4～6 週間の間に別の予防接種を受けましたか？ はいの場合、具体的に説明：	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 予防接種情報通知を読みましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 19 歳未満の場合、アスピリンまたはアスピリンを含む薬を定期的に服用していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 女性の場合：現在妊娠していますか？ またはこれから 1 ヶ月の間に妊娠する予定ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 結核の皮膚テストで陽性だったこと、または結核用の血液検査をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. 接種を受けたいワクチンに丸を付けてください。

A 型肝炎	インフルエンザワクチン	麻疹/おたふく/風疹混合	破傷風ジフテリア混合	黄熱病
B 型肝炎	インフルエンザ経鼻スプレー	肺炎球菌	ジフテリア/破傷風/百日咳混合	_____
A/B 型肝炎	日本脳炎	小児マヒ	腸チフス	_____
HPV	髄膜炎菌結合型	狂犬病	水痘	_____

()

署名 _____

今日の月日 ____/____/____