

# Questionnaire for Influenza Vaccination – Medical History

## インフルエンザ予防接種予診票

\*Please provide full medical history by completing this questionnaire. 接種希望者の方へ: 太ワク内にご記入ください。

\*A caretaker with adequate knowledge of the child receiving the vaccine may fill out the form on their behalf.

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。

Current body temperature 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
Name of caretaker (if applicable) 保護者の氏名	Date of Birth/Age 生年月日・年齢	year年    month月    day日 years old・歳    months・ヶ月

Questions 質問事項	Answers 回答欄
1 Have you received an influenza vaccine in the past? 今までにインフルエンザ予防接種をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
2 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 <input type="checkbox"/> from receiving influenza vaccination インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> No ない <input type="checkbox"/> from receiving other vaccination・その他 Name of vaccine・予防接種名: _____
3 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
4 Are you currently seeing a doctor for any sort 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 (such as medication)? 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
• Has your doctor given you permission to get the flu shot today? 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
5 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
6 Have you ever been diagnosed with a serious illness? 今までに重症な病気にかかったことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> Nerve disorder (such as Guillain-Barré Syndrome) 神経疾患(ギランバレー症候群など) <input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Lung (such as severe asthma) 呼吸器疾患(重度の気管支喘息など) <input type="checkbox"/> Cardiovascular・心臓血管系 <input type="checkbox"/> Kidneys・腎臓 <input type="checkbox"/> Liver・肝臓 <input type="checkbox"/> Blood disease・血液疾患 <input type="checkbox"/> Immunodeficiency disease・免疫不全症
7 Have you ever had a seizure (convulsion)? 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 Date of last seizure・最後は_____年_____月頃 YYYY    MM <input type="checkbox"/> No ない
8 Have you ever had a rash, hives, or other reaction to certain medicine or food? 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> Eggs・卵 <input type="checkbox"/> Chicken・鶏肉 <input type="checkbox"/> Other・その他 <input type="checkbox"/> No ない Name medicine or food・薬または食品の名前: _____
9 Has a family member or anyone you have been around contracted measles, 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	<input type="checkbox"/> Yes いる <input type="checkbox"/> No いない <input type="checkbox"/> Measles・麻しん <input type="checkbox"/> Rubella・風しん <input type="checkbox"/> Chicken pox・水痘 <input type="checkbox"/> Mumps・おたふくかぜ
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 <input type="checkbox"/> No いいえ Name of vaccine・予防接種名: _____
11 (For 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
12 If you have any other health concerns or questions you would like to discuss with the doctor, please state them here. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください	

<p>Informed consent: I have read the vaccine information sheet and understand the benefits and risks of receiving the influenza vaccine today. I declare that all the information provided above is true and I give permission to Dr. Hisamatsu to administer the seasonal influenza vaccine to me or my child today.</p> <p>別紙のインフルエンザワクチンについての説明用紙を読み、効果や副作用について理解したうえで、久松医師による接種を希望される場合は右に署名して下さい。</p>	<p>Patient's or Caretaker's Signature 本人または保護者の署名 X _____</p> <p>Relationship with the patient・続柄: _____</p> <p>*A parent or a caretaker must sign on behalf of a patient who cannot sign their own signature and also indicate their relationship with 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。</p>
--	--