

INFLUENZA VACCINATION MEDICAL QUESTIONNAIRE

インフルエンザ予防接種予診票

*Please answer ALL the questions.

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

Reservation 予約	month day hour minute 月 日 時 分～	Body Temperature 診察前の体温	°C
Affiliation 所属	(Name of Faculty / Department / Institute / Company 学部・研究所・会社名等)	Cell Phone Number/Ext 連絡先(携帯/内線)	
Name 氏名		Date of Birth 生年月日	YYYY/MM/DD / /

Questions 質問事項	Answers 回答欄	Notes
1 Did you read and understand the explanation about the vaccination? 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい	
2 Have you ever received influenza vaccination? これまでインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい	
3 Have you received any other vaccinations within a 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
4 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"/> Influenza vaccination インフルエンザ <input type="checkbox"/> Other その他	<input type="checkbox"/> No ない
5 Are you feeling sick today? 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
6 Have you been sick within a 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
7 Are you currently visiting a 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"/> 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	<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 say it was alright to get the 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
8 Have you ever been diagnosed with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されましたか	<input type="checkbox"/> Yes はい _____year 年 <input type="checkbox"/> Currently treating 現在治療中 <input type="checkbox"/> Not treating 治療していない	<input type="checkbox"/> No いいえ
9 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	<input type="checkbox"/> No ない
10 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 薬または食品名 <input type="checkbox"/> eggs 卵 <input type="checkbox"/> chicken 鶏肉 <input type="checkbox"/> other その他	<input type="checkbox"/> No ない
11 Have 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
12 Have your family, or anyone around you contracted measles, rubella, chicken pox, or mumps within a month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、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 風疹 <input type="checkbox"/> chicken pox 水痘 <input type="checkbox"/> mumps おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> No いない
13 (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
14 If there are any other things you want to tell the doctor, please write here. その他、健康状態のことで医師に伝えたいことをお書きください。		

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

Signature 本人の署名

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

医師の記入欄:

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
医師の署名又は記名押印

本人に対して予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済
について、説明した。

Vaccine Lot No.

Date: