

Influenza Vaccination Diagnosis sheet / インフルエンザ予防接種問診票

Name	Birthday (Age) 生年月日(年齢)	/	/	()	
氏名	Today's body temperature 本日の体温	°C			
1	Is there anything you like to report to the doctor about your health today ? 本日、身体の具合の悪いところがありますか。 If yes, describe symptoms. 「はい」の場合は症状を記入	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
2	Have you suffered from any disease in the previous month ? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 If yes, describe symptom and / or name of illness. 「はい」の場合は症状と病名を記入	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
3	Have you had any other vaccination or gamma globulin in the previous month ? 1ヶ月以内に他の予防接種または、γグロブリンを受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
4	Have you had any unusual reaction when you received vaccination before (fever, diarrhea, rash at injected point, water blister, etc.) ? 以前、予防接種を受けたとき、変わったことがありましたか。 (発熱・下痢・注射部位が赤く腫れた・水ぶくれ・その他) If yes, describe symptom and name of vaccination. 「はい」の場合は症状と予防接種名を記入	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
5	Do you have any allergy caused by drug(s) or food ? (Please do not fail to report if you are allergic to eggs and chicken meats.) 薬や食べ物によるアレルギーがありますか。(鶏卵・鶏肉は必ず記入) If yes, describe the cause(s). 「はい」の場合はアレルギーの原因を記入	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
6	Have you had any convulsion in the previous year ? この1年以内に、けいれん(ひきつけ)を起こしましたか。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
7	Do you currently suffer from any disease(s) which is under treatment or monitoring ? 現在、治療中または経過観察中の病気はありますか。 If yes, describe name of the disease. 「はい」の場合は病名を記入	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
8	Are you currently taking adrenal cortical hormones ? 現在、副腎皮質ホルモン剤を使用していますか。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
9	Have you had any serious disease(s) (heart, kidneys, liver etc.) ? 重い病気(心臓・腎臓・肝臓等)にかかったことがありますか。 If yes, describe what and when. 「はい」の場合は何に、いつ頃。	<input type="checkbox"/>	Yes はい	<input type="checkbox"/>	No いいえ
10	Describe anything you want to discuss with the doctor. その他、医師に相談したいことがあればご記入ください。				
(By vaccination recipient / 接種希望者記入欄) I would like to take an influenza preventive vaccination if no problems are found after consultation with a doctor or nurse. 医師・看護婦等の問診・体調確認により、問題がなければインフルエンザ予防接種を希望します <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">(Signature/署名) _____</div>					
(By the doctor / nurse / 医師・看護婦等記入欄) I have checked the physical conditions of the person shown above and judged that he/she can take an influenza preventive vaccination without any problems. 問診・体調を確認し、インフルエンザ予防接種の実施は問題ないと判断する。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">(Signature/署名) _____</div>					