

# INFLUENZA VACCINATION-MEDICAL HISTORY

\*Please write within the boxes. 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

\*Guardians with adequate knowledge of their child's health condition may fill out the form for their child. 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。

Body temperature before exam 診察前の体温	℃
---	---

Name of patient 受ける人の名前	Sex 性別	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
(Guardian's name) (保護者の氏名)	Date of Birth 生年月日	year 年 ( years old 歳	month 月 (months)ヶ月
		day 日	

Questions 質問事項	Answers 回答欄	Note
1 Did you read and understand the explanation about the vaccination you are about to receive today? 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 Is today your first influenza vaccination (flu shot) of this season? 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	<input type="checkbox"/> No いいえ This is my _____ time 回目 My last shot was 前回の接種は _____ month 月 _____ day 日.	<input type="checkbox"/> Yes はい
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 going to the 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"/> 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 treating you say it was alright to get the influenza 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
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? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか	<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
7 Have you ever been diagnosed with interstitial pneumonia, bronchial asthma, or other types of respiratory illnesses? If so, are you currently in treatment? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	<input type="checkbox"/> Yes はい _____ year 年 _____ month 月頃 <input type="checkbox"/> Currently in treatment 現在治療中 <input type="checkbox"/> Not in treatment 治療していない	<input type="checkbox"/> No いいえ
8 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 _____ times 回ぐらい The last one was 最後は _____ year 年 _____ month 月頃	<input type="checkbox"/> No ない
9 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: 薬または食品の名前 <input type="checkbox"/> eggs 卵 <input type="checkbox"/> chicken 鶏肉 <input type="checkbox"/> other その他	<input type="checkbox"/> No ない
10 Have you or 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
11 Have you, your family, or anyone around you contacted measles, rubella, chicken pox, or mumps in the last month? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、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"/> measles 麻疹 <input type="checkbox"/> rubella 風しん <input type="checkbox"/> chicken pox 水痘 <input type="checkbox"/> mumps おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> No いない
12 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 Name of vaccination 予防接種名	<input type="checkbox"/> No いいえ
13 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 Name of vaccination 予防接種名 <input type="checkbox"/> Influenza vaccination インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> Other その他	<input type="checkbox"/> No ない
14 (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
15 (If the vaccination is for a child) (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) Were there any problems with the child's health during labor, delivery, or infancy? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	<input type="checkbox"/> Yes ある <input type="checkbox"/> labor 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> delivery 出生時 _____ <input type="checkbox"/> infancy 乳幼児健診 _____	<input type="checkbox"/> No ない
16 If there are any other things about your health that you want to tell the doctor, please write 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、具体的にご記入下さい。		

After an examination with the doctor, 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  
 No, I do not want to receive the vaccination 接種を希望しません

Patient's Signature (Guardian's Signature)  
 本人の署名(または保護者の署名)  
 \*Patients that are not able to write themselves must have a representative sign and state their relationship to the patient. 自書不可能時、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載。

Vac. <input type="checkbox"/> KMB <input type="checkbox"/> Kitasato Lot:	0.5ml/ 0.25ml (-3yo) sc (LA/ RA/ )	Date & Signature
--	------------------------------------	------------------