

HEALTH RECORD	CHRONOLOGICAL RECORD OF MEDICAL CARE																					
DATE:	SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT, TREATING ORGANIZATION (Sign each entry)																					
Screening Questionnaire for Adult Immunization																						
Circle "Yes" or "No", explaining any "Yes" responses to the nurse or doctor. "はい"または"いいえ"の欄に○をして、"はい"の部分はナースかドクターに詳しく説明して下さい。																						
1.	Are you sick today? あなたは今日具合が悪いですか?	Yes No はい いいえ																				
2.	Do you have allergies to medications, food, or any vaccine? あなたは薬、食品、ワクチンにアレルギーがありますか?	Yes No はい いいえ																				
3.	Have you ever had a serious reaction after receiving a vaccination? あなたは今までワクチンをうけた後に重大な副反応がありましたか?	Yes No はい いいえ																				
4.	Do you, any person who lives with you, or any person you take care of have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem? あなた、同居している人、またはあなたが世話をしている人の中にがん、白血病、エイズ、その他の免疫疾患にかかっている人はいますか?	Yes No はい いいえ																				
5.	Do you, any person who lives with you, or any person you take care of take cortisone, prednisone, other steroids, anti-cancer drugs or X-ray treatments? あなた、同居している人、またはあなたが世話をしている人の中にコルチゾン、プレドニゾン、そのたのステロイド、抗がん剤、放射線治療をうけている人はいますか?	Yes No はい いいえ																				
6.	During the past year, have you received a transfusion of blood, plasma or been given an immune globulin? 1年以内の間にあなたは輸血(血漿輸血を含む)をうけたり免疫グロブリンを使用しましたか?	Yes No はい いいえ																				
7.	Have you received any immunizations in the past 4 weeks? あなたはこの4週間以内に何か予防接種をうけましたか?	Yes No はい いいえ																				
8.	Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant within the next three months? あなたは妊娠中または今後3ヶ月以内に妊娠している可能性がありますか?	Yes No はい いいえ																				
9.	Have you ever had a positive tuberculin skin test or been told your PPD test was positive? あなたは今までにツベルクリン反応陽性またはPPDテスト陽性だったことがありますか?	Yes No はい いいえ																				
10.	Do you have any of the following medical conditions? (Please circle all that apply) あなたは次のいずれかの病気にかかっていますか? (あてはまるものに○をして下さい)																					
	<table border="0"> <tr> <td>Diabetes 糖尿病</td> <td>COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫</td> <td>Congestive Heart Failure うっ血性心不全</td> <td>Cardiomyopathy 心筋障害</td> <td>Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患</td> </tr> <tr> <td>Cirrhosis 肝硬変</td> <td>Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患</td> <td>Splenectomy 脾臓摘出</td> <td>HIV ヒト免疫不全ウイルス</td> <td>Leukemia 白血病</td> </tr> <tr> <td>Metastatic Cancer 転移性がん</td> <td>Chronic Kidney Failure 慢性腎不全</td> <td>Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群</td> <td>Organ Transplant 臓器移植</td> <td>Multiple Myeloma 多発性骨髄腫</td> </tr> <tr> <td>Hodgkins Disease ホジキン病</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Lymphoma リンパ腫</td> </tr> </table>		Diabetes 糖尿病	COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫	Congestive Heart Failure うっ血性心不全	Cardiomyopathy 心筋障害	Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患	Cirrhosis 肝硬変	Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患	Splenectomy 脾臓摘出	HIV ヒト免疫不全ウイルス	Leukemia 白血病	Metastatic Cancer 転移性がん	Chronic Kidney Failure 慢性腎不全	Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群	Organ Transplant 臓器移植	Multiple Myeloma 多発性骨髄腫	Hodgkins Disease ホジキン病				Lymphoma リンパ腫
Diabetes 糖尿病	COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫	Congestive Heart Failure うっ血性心不全	Cardiomyopathy 心筋障害	Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患																		
Cirrhosis 肝硬変	Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患	Splenectomy 脾臓摘出	HIV ヒト免疫不全ウイルス	Leukemia 白血病																		
Metastatic Cancer 転移性がん	Chronic Kidney Failure 慢性腎不全	Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群	Organ Transplant 臓器移植	Multiple Myeloma 多発性骨髄腫																		
Hodgkins Disease ホジキン病				Lymphoma リンパ腫																		
I have been offered copies of applicable Vaccine Information Sheets (VIS) prior to receiving vaccinations and been advised to wait 20 minutes after receiving my shots. 私はワクチンの接種にあたり事前に該当するワクチンについての説明書(VIS)を受け取り、またワクチン接種後20分は病院で様子観察することを指導されました。																						
Patient Signature: _____ 患者サイン		Date: _____ 日付																				
Staff Member Signature: _____ スタッフサイン		Date: _____ 日付																				
RECORDS MAINTAINED AT:																						
Patient's Name (Last, First, MI)		Sex F/M																				
Relationship to Sponsor	Status	Rank/Grade																				
Sponsor's Name		Organization																				
Department/Service	FMP/Sponsor's SSN	Patient's Date of Birth																				