

HEALTH RECORD		CHRONOLOGICAL RECORD OF MEDICAL CARE																																			
SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT, TREATING ORGANIZATION (Sign each entry)																																					
<b>Screening Questionnaire for Adult Immunization</b>																																					
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 はい	No 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 はい	No 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 はい	No 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 はい	No 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 はい	No 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 はい	No いいえ																																		
7.	Have you had a seizure, brain, or other neurological problems? あなたは、てんかん発作、脳や神経性の問題にかかったことがありますか?	Yes はい	No いいえ																																		
8.	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 はい	No いいえ																																		
9.	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 はい	No いいえ																																		
10.	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 はい	No いいえ																																		
11.	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><input type="checkbox"/> Anthrax</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis A</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis B</td> <td><input type="checkbox"/> HepA-Hep B</td> <td><input type="checkbox"/> HPV</td> <td><input type="checkbox"/> Typhoid</td> <td><input type="checkbox"/> IPV</td> <td><input type="checkbox"/> JEV</td> <td><input type="checkbox"/> MMR</td> <td><input type="checkbox"/> Meningococcal</td> <td><input type="checkbox"/> Pneumococcal</td> <td><input type="checkbox"/> Rabies</td> <td><input type="checkbox"/> Td</td> <td><input type="checkbox"/> Tdap</td> <td><input type="checkbox"/> Varicella</td> <td><input type="checkbox"/> Yellow Fever</td> <td><input type="checkbox"/> Shingles</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PPD</td> <td><input type="checkbox"/> Two-Step PPD</td> <td><input type="checkbox"/> 1. _____</td> <td><input type="checkbox"/> 2. _____</td> <td colspan="13"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Anthrax	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> HepA-Hep B	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Typhoid	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> JEV	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Meningococcal	<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Rabies	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Yellow Fever	<input type="checkbox"/> Shingles	<input type="checkbox"/> PPD	<input type="checkbox"/> Two-Step PPD	<input type="checkbox"/> 1. _____	<input type="checkbox"/> 2. _____													
<input type="checkbox"/> Anthrax	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> HepA-Hep B	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Typhoid	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> JEV	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Meningococcal	<input type="checkbox"/> Pneumococcal	<input type="checkbox"/> Rabies	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Yellow Fever	<input type="checkbox"/> Shingles																					
<input type="checkbox"/> PPD	<input type="checkbox"/> Two-Step PPD	<input type="checkbox"/> 1. _____	<input type="checkbox"/> 2. _____																																		
		Diabetes COPD or Emphysema Congestive Heart Failure Cardiomyopathy Chronic Liver Disease Hodgkins Disease 糖尿病 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫 うっ血性心不全 心筋障害 慢性肝臓疾患 ホジキン病 Cirrhosis Sickle Cell Disease Splenectomy HIV Leukemia Multiple Myeloma Guillain-Barre syndrome 肝硬変 鎌型赤血球疾患 脾臓摘出 ヒト免疫不全ウイルス 白血病 多発性骨髄腫 ギランバレー症候群 Metastatic Cancer Chronic Kidney Failure Nephrotic Syndrome Organ Transplant Lymphoma 転移性がん 慢性腎不全 ネフローゼ症候群 臓器移植 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. This printed material contains sensitive PII protected under the Privacy Act which is FOR OFFICIAL USE ONLY and must be protected in accordance with the Privacy Act, 5 USC § 552a. Unauthorized disclosure or misuse of this SENSITIVE PII may result in criminal and/or civil penalties. 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。 この印刷物は慎重に扱わなくてはならない個人情報を含んでおり、公的な使用のみに使用されるというプライバシー保護法に基づきプライバシー保護法第5条、USC § 552aに基づき保護されなければならない。この個人情報の無断での情報公開や不正使用は犯罪及び/若しくは民事罰則となる恐れがある。																																			
		PPD is required to come back in 48-72 hours after administration. PPDを施行後48時間から72時間のあいだに戻って来ていただきます。 Home or cell phone: _____ Work phone: _____																																			
		Patient Signature: _____ Date: _____ 患者サイン 日付 Staff Member Signature: _____ Date: _____																																			
<b>RECORDS MAINTAINED AT:</b>																																					
Patient's Name ( Last, First, MI)			Sex F / M																																		
Relationship to Sponsor		Status	Rank/Grade																																		
Sponsor's Name		Organization																																			
Department/Service			Patient's Date of Birth																																		