

CHRONOLOGICAL RECORD OF MEDICAL CARE

DATE: _____

INFLUENZA VACCINE SCREENING FORM 2008-09 JAPANESE/インフルエンザワクチンスクリーニングフォーム 2008-09

1- ワクチン接種する人は、今回が(生涯で)初めて、または2回目のインフルエンザワクチン接種、または8歳以下の小児ですか？	YES	NO
2- ワクチン接種する人は、卵、インフルエンザワクチン成分(MSG, アルギニン, ゲンタマイシン, ゼラチン)にアレルギーがありますか？	YES	NO
3- ワクチン接種する人は、今までに経鼻/吸入タイプ(フルミスト)や注射によるインフルエンザワクチンに対して 重篤な反応が出た事がありますか？	YES	NO
4- ワクチン接種する人は、今までにギランバレー症候群にかかった事がありますか？	YES	NO
5- ワクチン接種する人は、今日重篤な病気、またはひどい鼻づまりにかかっていますか？	YES	NO
6- ワクチン接種する人は、生後6ヶ月未満ですか？	YES	NO
7- ワクチン接種する人は、HIV/AIDSやその他の免疫機能に影響する疾患にかかっている、長期にわたるステロイド等の薬物治療や放射線や薬物療法によるがん治療をうけている、などの理由によって免疫機能低下 がありますか？	YES	NO
8- ワクチン接種する人は、長期にわたる心臓疾患、肺疾患、喘息、腎臓疾患、肝臓疾患、代謝性疾患(糖尿病等)、貧血、またはその他の血液疾患にかかっていますか？	YES	NO
9- ワクチン接種する人は、アスピリン治療、またはアスピリンを含む薬剤による治療をうけていますか？	YES	NO
10- ワクチン接種する人は、妊娠中、または3ヶ月以内に妊娠する可能性がありますか？	YES	NO
11- ワクチン接種する人は、過去4週間以内に他のワクチン接種をしましたか？	YES	NO
12- ワクチン接種する人は、たびたび呼吸がぜいぜいする2歳から4歳の小児ですか？	YES	NO
13- ワクチン接種する人は、2歳未満、または49歳以上ですか？	YES	NO
14- ワクチン接種する人は、免疫機能に著しい問題があったり特殊な保護環境を要する(無菌室病棟等)人と同居したり密接に関わったりしていますか？	YES	NO
15- 私は2008-09ワクチン情報シートを読みました/説明を受けました。	YES	NO
16- 私はワクチン接種に関する質問は全て回答してもらい、納得しました。	YES	NO
17- お子様の年齢 _____		

Fluzone 6months-35months	Flumist 2years - 49years
MFG: Sanofi Pasteur Dose: .25ml	MFG: Medimmune Dose: .2ml
Lot #: _____ EXP: _____	Lot#: _____ EXP: _____
Route: IM SITE: LT/RT VIS: 7/24/08	Route: Intranasal VIS: 7/24/08
Fluzone 36months-18 years	Afluria 18 years and up/ pregnant women
MFG: Sanofi Pasteur Dose: .5ml	MFG: CSL Biotherapies Dose: .5ml
Lot #: _____ EXP: _____	Lot#: _____ EXP: _____
Route: IM SITE: LD/RD VIS: 7/24/08	Route: IM SITE: LD/RD VIS: 7/24/08

Patient/Parent Signature		Medical Representative	
RECORDS MAINTAINED AT:		USNH YOKOSUKA, JAPAN	
PATIENT'S NAME (Last, First, Middle Initial)			SEX: MALE / FEMALE
RELATIONSHIP TO SPONSOR	STATUS OF SPONSOR	RANK/GRADE	
Self / Spouse / Son / Daughter / Other: _____	AD / RET / CIV / GS / _____		
SPONSOR'S NAME		ACTIVITY/DIVISION	
DEPT./SERVICE	SPONSOR'S SSN/IDENTIFICATION NO. (30/123-45-6789)	DATE OF BIRTH	
DOD/			