

HEALTH RECORD	CHRONOLOGICAL RECORD OF MEDICAL CARE		
	SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT, TREATING ORGANIZATION (Sign each entry) Screening Questionnaire for Child and Teen 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.	Is your child sick today? お子さんは今日具合が悪いですか?	Yes No はい いいえ	
2.	Does your child have allergies to medications, food, or any vaccine? お子さんは薬、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.	Has your child ever had a serious reaction after receiving a vaccination? お子さん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.	Does your child, any person who lives with you, or any person you take care of have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problem? お子さん、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.	Does your child, 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? お子さん、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、放射線治療を受けている人はいますか?	Yes No はい いいえ	
6.	During the past year, has your child received a transfusion of blood, plasma or been given an immune globulin? 1年以内の間にお子さんは輸血（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.	Has your child had a seizure, brain, or neurological problem? お子さんはてんかん発作、脳や神経性の問題にかかったことがありますか?	Yes No はい いいえ	
8.	Has your child received any immunizations in the past 4 weeks? お子さんはこの4週間以内に何か予防接種を受けましたか?	Yes No はい いいえ	
9.	Is your child/teen pregnant or is there a chance she could become pregnant within the next three months? お子さん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	
10.	Has your child ever had chicken pox disease? お子さんは、今までに水痘（水疱そう）の病気にかかったことがありますか?	Yes No はい いいえ	
11.	Has your child ever had a positive tuberculin skin test or been told his/her PPD test was positive? お子さんが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	
12. <input type="checkbox"/> DTaP <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> HepB-IPV-DTaP <input type="checkbox"/> Haemophilus Influenza type b <input type="checkbox"/> Hib-IPV-DTaP <input type="checkbox"/> IPV <input type="checkbox"/> JEV <input type="checkbox"/> Typhoid <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Meningococcal <input type="checkbox"/> Pneumococcal Conjugate <input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Varicella	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。 <hr/> PPD is required to come back in 48-72 hours after administration. PPD を施行後 4 8 時間から 7 2 時間のあいだに戻って来ていただきます。 Home or cell phone: _____ Work phone: _____ Parent's Signature: _____ Date: _____ 保護者のサイン 日付 Staff Member Signature: _____ Date: _____ RECORDS MAINTAINED AT: USNH YOKOSUKA, JAPAN 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 _____		