

Medical Record		CHRONOLOGICAL RECORD OF MEDICAL CARE					
Date		SYMPTOMS, DIAGNOSIS, TREATMENT TREATING ORGANIZATION (sign each entry)					
		Screening Questionnaire for Immunizations					
		Circle "Yes" or "No", explaining any "Yes" responses to the medic, nurse or doctor					
		“はい”または“いいえ”の欄に○をして、“はい”の部分はメディックかナースかドクターに詳しく説明して下さい。					
Yes はい	No いいえ	1	Is the patient sick with a fever today? 注射を受ける人は今日、発熱を伴うなど具合が悪いですか？				
Yes はい	No いいえ	2	Does the patient have allergies to medications, food, or any vaccine? 注射を受ける人は薬、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	Has the patient ever had a serious reaction after receiving a vaccination? 注射を受ける人は今までワクチンをうけた後に重大な副作用がありましたか？				
Yes はい	No いいえ	4	Does the patient, any person who lives with the patient, or person you take care of have cancer, leukemia, AIDS or any other immune system problems? 注射を受ける人、同居している人、または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	Does the patient, any person who lives with the patient, or any person you take care of take cortisone, prednisone, other steroids anti-cancer drugs or X-ray treatments? 注射を受ける人、同居している人、または世話をしている人の中にコルチゾン、プレドニゾン、その他ステロイド、抗がん剤、放射線治療を受けている人はいますか？				
Yes はい	No いいえ	6	During the past year, has the patient received a transfusion of blood, plasma, or has been given an immune globulin? 1年以内に注射を受けた人は、輸血（血漿輸血を含む）を受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	Has the patient ever had a seizure, brain, or other neurological problems? 注射を受ける人はてんかん発作、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	Has the patient received any vaccinations in the past 4 weeks? 注射を受ける人はこの4週間以内に何か注射をうけましたか？				
Yes はい	No いいえ	9	Is the patient pregnant or is there a chance she could become pregnant within the next three months? 注射を受ける人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	Has the patient ever had the chicken pox disease? 注射を受ける人は、今までに水痘（みずぼうそう）の病気にかかったことがありますか？				
Yes はい	No いいえ	11	Has the patient ever had a positive tuberculin skin test or been told his or her PPD test was positive? 注射を受ける人がいま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	12	Does the patient has any of the following? (Please circle all that apply) 注射を受ける人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）				
VIS			COPD or Emphysema 慢性閉塞性肺疾患または肺気腫	Chronic kidney Failure 慢性腎不全	Nephrotic Syndrome ネフローゼ症候群	Cardiomyopathy 心筋障害	Diabetes 糖尿病
<input type="checkbox"/> Anthrax			Guillain-Barre Syndrome ギランバレー症候群	Chronic Liver Disease 慢性肝臓疾患	Sickle Cell Disease 鎌型赤血球疾患	Splenectomy 脾臓摘出	Cirrhosis 肝硬変
<input type="checkbox"/> DTaP			HIV 人免疫不全ウイルス	Metastatic Cancer 転移性がん	Multiple Myeloma 多発性骨髄腫	Lymphoma リンパ腫	Leukemia 白血病
<input type="checkbox"/> Hep A			Congestive Heart Failure うっ血性心不全	Hodgkins Disease ホジキン病	Organ Transplant 臓器移植		
<input type="checkbox"/> Hep B			I have been offered copies of current Vaccine Information Sheets (VIS) prior to receiving vaccinations and been advised to wait 15 minutes after receiving my shots.				
<input type="checkbox"/> HIB			私はワクチン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、またワクチン接種後15分は病院で様子観察することを指導されました。				
<input type="checkbox"/> HPV			PPD is required to come back in 48 to 72 hour after administration.				
<input type="checkbox"/> IPV			PPD接種後48時間から72時間のあいだに戻って来ていただきます。				
<input type="checkbox"/> JEV			Patient or Guardian Signature (患者または保護者サイン)			Date (日付)	
<input type="checkbox"/> MCV4							
<input type="checkbox"/> MMR			Patient's Name (Last, First, MI): _____				
<input type="checkbox"/> PCV13			Patient's Date of Birth: _____				
<input type="checkbox"/> PPD			FMP/Sponsor's SSN: _____				
<input type="checkbox"/> PPV23			Patient Identified By Staff _____				
<input type="checkbox"/> Rabies							
<input type="checkbox"/> Rotavirus							
<input type="checkbox"/> TD							
<input type="checkbox"/> TDaP							
<input type="checkbox"/> Typhoid							
<input type="checkbox"/> Varicella							
<input type="checkbox"/> YF							
<input type="checkbox"/> Zostavax							