

Influenza Vaccine Consent Form 2024-2025

インフルエンザ予防接種に関する同意書 2024-2025

Patient's Name (患者の名前) (Last) (First)	Date of Birth (生年月日)	Gender (性別) Male (男) Female (女)	Age (年齢)
---	----------------------	---------------------------------------	----------

Please answer the following questions 下記質問にお答えください	Yes (はい)	No (いいえ)
1. Are you sick today? (Ex. fever, cold like symptoms...) 熱や風邪などの症状はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you have serious allergy to eggs? 卵・卵製品アレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you have any other serious allergies? If "yes", please list: 他に重篤なアレルギーを持っていますか？あれば記入： ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever had a serious reaction after receiving a flu vaccine? これまでにインフルエンザワクチンを受けて重篤な副作用が出たことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you have cancer, leukemia, AIDS, or any other immune system problem? がん、白血病、エイズやその他の免疫疾患をお持ちですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever had Guillain-Barré Syndrome (a type of temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving a flu vaccine? これまでにインフルエンザ予防接種を受けた後 6 週間以内にギランバレー症候群 (重篤な一時的筋力低下) を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you received any vaccinations in the past 4 weeks? If yes, please list: 4 週間以内に他の予防接種を受けましたか？あれば記入： ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are you on long-term aspirin or aspirin-containing therapy? アスピリン、もしくはアスピリン製剤を毎日内服していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
《For women – 女性の方–》 9. Are you pregnant or is there a chance you could become pregnant during the next month? 現在妊娠、もしくは妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
《For under 9 years old child – 9 歳未満のお子様–》 10. Has your child had at least 2 doses of influenza vaccine prior to August 1, 2024? 2024 年 8 月 1 日以前までにインフルエンザ予防接種 (2 回接種) を受けましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSENT FORM FOR SEASONAL INFLUENZA VACCINE:

I have read, or have had explained to me, the CDC Vaccine Information Statement about influenza and the influenza vaccine. I understand the benefits and risks of influenza vaccine and request that the vaccine be given to me. (or person named above for whom I am authorized to make this request.)

私は (未成年の場合は保護者) インフルエンザとインフルエンザワクチンについて、CDC のワクチン情報報告書を読みました (説明を受けました)。私はインフルエンザワクチンの利点とリスクについて理解し、その上でインフルエンザ予防接種を受けることに承諾致しました。

Signature (Parent/Guardian Signature) **未成年の場合は保護者のサイン**: 	Date (日付)
---	-------------------