

COVID-19ワクチン接種前の チェックリスト



ワクチン接種を受ける方へ:

以下の質問は、今日COVID-19ワクチン接種を受けるべきでない理由があるかどうかを判断するのに役立ちます。

質問に「はい」と答えることは、必ずしもワクチン接種を受けるべきではないという意味ではありません。それは単に追加で質問があるかもしれないことを意味します。質問が明確でない場合は、医療提供者に説明を求めて下さい。

患者名 _____

年齢 _____

はい いいえ わからない

1. 今日は気分が悪いですか？			
2. COVID-19(新型コロナウイルス)ワクチン接種を受けたことがありますか？			
<ul style="list-style-type: none"> 「はい」の場合、どのワクチン製品を受けましたか？ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> 別の製品 _____ 			
3. 次に挙げるものにアレルギー反応を起こしたことがありますか？ <small>(これには、エピネフリンまたはEpiPen®による治療を必要としたこと、または結果として病院に行くことになった重度のアレルギー反応【例：アナフィラキシー】が含まれます。また、接種後4時間以内に、じんましん、腫れ、または喘鳴などの呼吸困難を引き起こしたアレルギー反応も含まれます。)</small>			
<ul style="list-style-type: none"> 次のいずれかを含むCOVID-19ワクチンの成分： <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 下剤や結腸内視鏡検査の準備のための製剤などの一部の医薬品に含まれるポリエチレングリコール(PEG) <input type="checkbox"/> 一部のワクチン、フィルムコーティングされた錠剤、および静脈内ステロイドに含まれるポリソルベート。 以前投与したCOVID-19ワクチン。 複数の成分を含むワクチンまたは注射療法のいずれかで、そのうち1つはCOVID-19ワクチン成分を含むが、どの成分が即時反応を誘発したかは不明である。 			
4. 他のワクチン(COVID-19ワクチン以外のワクチン)または注射薬に対してアレルギー反応を起こしたことはありますか？ <small>(これには、エピネフリンまたはEpiPen®による治療を必要としたこと、または結果として病院に行くことになった重度のアレルギー反応【例：アナフィラキシー】が含まれます。また、接種後4時間以内に、じんましん、腫れ、または喘鳴などの呼吸困難を引き起こしたアレルギー反応も含まれます。)</small>			
5. COVID-19ワクチンの成分、他のワクチンや注射薬以外のものに対して重度のアレルギー反応(例：アナフィラキシー)を起こしたことがありますか？ これには、食物、ペット、毒、環境、または経口薬のアレルギーが含まれます。			
6. 過去14日間にワクチン接種を受けましたか？			
7. COVID-19の検査で陽性が出たことがありますか、または医師からCOVID-19に感染していると言われたことがありますか？			
8. COVID-19の治療として受動的抗体療法(モノクローナル抗体または回復期血清)を受けたことがありますか？			
9. HIV感染や癌などによって免疫系の機能が低下している、または免疫抑制薬を服用したり免疫抑制治療を受けていますか？			

10. 出血性疾患がありますか、または抗凝血剤を服用していますか？			
11. 妊娠中ですか、または授乳中ですか？			
12. 皮膚充填剤を注入していますか？			

フォームの評価者 _____

日付 _____

2021年3月15日 CS321629-E

Immunization Action Coalition (IAC、予防接種行動連合) のスクリーニングチェックリストからの感謝をもって翻案しました