

Contraindication & Precaution Vaccination Screening Form

예방접종의 금기사항과 예방 심사 서식

일반 진료 질문 General Medical Questions	예	아니오
1. 당신은 오늘 열이 나거나 아프십니까?		
비활성 독감 주사약 (TIV or Novel H1N1)	예	아니오
1. 당신은 독감 예방 주사약이나 주사약 성분에 심한 부작용이 있었습니까?		
2. 당신은 계란에 심한 알러지가 있습니까?		
3. 당신은 백신들 중에 사용된 살균 소독제나 방부제에 심한 알러지가 있습니까?		
4. 당신은 라텍스(latex)에 심한 알러지가 있습니까?		
5. 당신은 급성감염성다발신경염을 앓은 적이 있습니까 (GBS)?		
약화된 생바이러스 독감 주사약 (LAIV or Live Novel H1N1)	예	아니오
1. 당신은 코 안으로 투여하는 독감 예방 백신에 심한 부작용이 있었습니까 (FluMist)?		
2. 당신은 계란이나 예방주사 안에 다른 성분들(MSG, 아르기닌, 겐타마이신, 젤라틴)에 심한 알러지가 있습니까?		
3. 당신은 2 살 미만이거나 49 살 이상이십니까?		
4. 당신은 임신중이거나 다음 달에 임신을 계획 하십니까?		
5. 당신은 다음과 같은 만성 질환이 있습니까? 심장질환, 폐질환, 천식, 신진대사질환(예: 당뇨병), 간질환(간경화), 신장질환, 혈액장애 (백혈병, 임파종, 겸상적혈구증)		
6. 당신은 HIV/AIDS(에이즈) 혹은 면역체계에 영향을 주는 다른질환, 혹은 장기 스테로이드(steroid)치료, 혹은 약물 또는 엑스레이(x-rays)와 같은 항암치료로 인해 면역체계가 약해졌습니까?		
7. 당신은 근육 혹은 신경장애로 인해 호흡 곤란이나 삼키는데 문제를 일으킬 수 있는 간질이나 뇌성마비 같은 장애를 갖고 계십니까?		
8. 만약 당신이 2 살과 4 살 11 개월 사이라면, 지난 12 개월 안에 의사가 당신이 천식 혹은 wheezing(쌩쌩거림:천식증상의 일종)이 있다고 했습니까?		
9. 만약 당신이 18 살 미만이라면 현재 만성으로 아스피린이나 아스피린이 포함 된 약을 복용 하고 계십니까?		
10. 당신은 지난 4 주동안에 생백신 독감 접종, MMR (홍역-볼거리-풍진) 혹은 chickenpox(수두) 예방 접종을 받은 적이 있습니까?		
11. 당신은 급성감염성다발신경염을 앓은 적이 있습니까 (GBS)?		
12. 당신은 공기정화 시설을 갖춘 병실 같은 보호환경에만 있어야하는 심하게 쇠약해진 면역체계를 가진 사람과 살거나 그런 사람을 접촉 합니까? (예: 골수이식 병동)		
폐렴 예방접종(PPSV)	예	아니오
1. 당신은 이전의 폐렴 예방 접종에서 심각한 알러지 부작용이나 예방약의 어떤 성분에 대해서 심한 알러지 부작용이 있었습니까?		
2. 당신은 임신중이십니까?		

성명 _____ 날짜 _____