

# Screening Questionnaire/Consent for Inactivated Injectable (IIV) Influenza Vaccination

## 不活性化インフルエンザワクチンに関する質問表・コンセントフォーム (2026-2027)

**For adult patients as well as parents of children to be vaccinated:** The following questions will help us determine if there is any reason we should not give you or your child inactivated Injectable influenza vaccination today. If you answer "yes" to any question, it does not necessarily mean you (or your child) should not be vaccinated. It just means additional questions must be asked. If a question is not clear, please ask your health provider to explain it.

**予防接種を受けられるご本人・お子様の親権者の方へ：**不活性化インフルエンザ予防接種をご希望の方の中で、本日予防接種が可能かどうかを見極めるために次の質問に教えてください。もし、質問への答えが「はい」であったとしても予防接種が受けられないとは限りません。その場合は、後ほどスタッフより、もう少し細かい質問をさせていただきます。もし質問の意味がわからないようでしたらスタッフにお尋ねください。

※接種されるお子様の質問表を代理で書かれる場合、以下の質問は接種されるお子様の状態をお答えください。

| Questions 質問内容                                                                                                                    | Yes<br>はい                | No<br>いいえ                | Don't know<br>わからない      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is the person to be vaccinated sick today?<br>本日お熱等、何か病気の症状がありますか？                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Does the person to be vaccinated have an allergy to eggs or to a component of the vaccine?<br>卵、もしくは予防接種の成分にアレルギーがありますか？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Has the person to be vaccinated ever had a serious reaction to influenza vaccine in the past?<br>過去にインフルエンザの予防接種で重大な反応がありましたか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Has the person to be vaccinated ever had Guillain-Barre syndrome?<br>ギランバレー症候群にかかったことがありますか？                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I understand the risks and benefits of the above vaccination and consent to receive this vaccination.  
インフルエンザ予防接種におけるリスクとベネフィットを理解し、上記の予防接種を受けることを希望します。

Patient name (患者様名): 男・女 DOB (生年月日):  
\*ローマ字 Age(年齢): 歳

Signature (署名): Date (日付):

FOR OFFICE USE ONLY:

| Type | MANUFACTURE / LOT # /<br>EXPIRATION DATE | ROUTE         | SITE<br>(CIRCLE)        | DATE OF VIS<br>PUBLICATION | PERSON<br>ADMINISTERING<br>VACCINE |
|------|------------------------------------------|---------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| TIV  |                                          | INTRAMUSCULAR | L R<br>Deltoid<br>Thigh | 01/31/2025                 |                                    |

GRITS ( )



SELF PAY; C.C / CASH

Maki Rheäume M.D.

1640 Powers Ferry Rd. Building 30 Suite 100, Marietta GA 30067 770-980-0000