



MINISTERO
DELL'INTERNO

疫苗接种筛查问卷

疫苗接种日期 _____		
本人 (姓名) _____		
出生地 _____ 出生日期 _____		
同意接种疫苗/ 同意本人子女 (姓名) / 同意受监护者 (姓名) _____		
出生地 _____ 出生日期 _____		
接种以下疫苗或疫苗周期:		
<input type="checkbox"/> 声明	<input type="checkbox"/> 声明本人子女 <input type="checkbox"/> 声明受本人监护者	
1. 目前是否患有发烧或传染疾病	是	否
2. 是否患有神经系统疾病 (例如, 癫痫、癫痫、或其他神经系统障碍) ? 如果是, 请说明	是	否
3. 过去是否曾因接种疫苗而出现神经系统疾病 (例如吉兰-巴雷综合症、臂神经炎), 如果是, 对何种疫苗, 有何反应	是	否
4. 是否患有免疫系统疾病 (免疫缺陷、器官移植等), 如果是, 何种疾病	是	否
5. 过去的 11 个月内是否接受过输血和/或免疫球蛋白的注射	是	否
6. 是否对药物、化学物质、鸡蛋蛋白、动物明胶等过敏? 如果是, 对哪些物质过敏, 有何反应	是	否
7. 是否曾在接种疫苗后出现过敏反应? 如果是, 是哪种疫苗引起的, 出现何种反应	是	否
8. 是否曾在接种疫苗后出现血小板减少 (血小板下降) ? 如果是, 请说明何种疫苗	是	否

9. 是否正在接受或过去一年内是否曾使用免疫抑制剂治疗，例如皮质类固醇、化疗、放疗、生物药物等？如果是，请具体说明使用了哪些治疗，以及何时	是	否
10. 是否怀孕（对于处于生育年龄的女性）如果是，请说明孕周	是	否
11. 是否患有其他重大疾病，如果是，请具体说明是哪些	是	否
12. 过去一个月内是否接种过疫苗？如果是，何种疫苗？	是	否
本人声明所提供之本人健康状况/本人子女健康状况/受本人监护者健康状况全属真确		
接受疫苗接种者/代理人/监护人清晰签名		