

预防接种预诊表

居民登陆证号码	- (□男□女)	电话号码	
姓名		体重	kg
地址			

接种前的确认事项	家属(本人)确定 <input checked="" type="checkbox"/>
今天有哪里不舒服吗?有的话请把症状描述一下 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有过对于药物, 食物(包括鸡蛋), 或者是疫苗使用的过敏现象, 如起过荨麻疹或红斑?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
以前,在接受预防接种的时候有没有过异常反应?要是有的, 请写下那个疫苗的名称. (疫苗种类:)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否曾被诊断/治疗为先天性畸形, 哮喘以及肺部疾病, 心脏疾病, 肾脏疾病, 肝脏疾病, 代谢性疾病 (如糖尿病), 血液疾病?有的话请写下疾病的名称. ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有过癫痫或者是其他神经系统的疾病(包含格巴氏综合征)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有癌症,白血病,或其它免疫系统疾病?有的话请写下 (病名:)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
近3个月有服用过可的松, 强的松等激素类药物, 抗癌药物,或者接受过放射线治疗吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近一年有没有接受过输血, 血制品, 或者注射过免疫球蛋白?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近一个月内是否接种过疫苗?有的话请把疫苗的名字写下来 (疫苗名称名:)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(女性)现在是否怀孕或者是一个月内有怀孕的计划?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

我在医生的解释与指导下, 了解了检查结果, 以及接种疫苗可能导致的异常反应, 同意接受预防接种
 父母(监护人)姓名/接受疫苗者姓名: _____ (签名) 与接受疫苗接种者的关系: _____
 _____ 年 ____ 月 ____ 日

※ 我同意接收关于确认本次预防接种, 以及下一次预防接种指导的短信(SMS) 同意
 (手机号码: _____)

医生预诊结果(医生记录栏)	确认 <input checked="" type="checkbox"/>
体温: _____ °C 预防接种后可能的异常反应已说明	<input type="checkbox"/>
已说明'为了观察预防接种后的异常反应,在接种后需在接种基地暂留20~30分钟'	<input type="checkbox"/>
问诊结果:	
经过以上的问诊和检查结果可以进行预防接种医生姓名: _____ (签名)	

如上所述的预诊表, 在接受预防接种后, 如有以上反应发生时, 就要考虑接受接种是否合适了。
 依据有关感染病的预防和管理法律实行规则第26条, 可以保存5年时间。
 预防接种记录情报, 根据有关感染疾病的预防及管理法律第28条的实行规则, 为了防止被接种者的遗漏接种及重复接种, 预防接种证明书的发行和保管, 同接种相关机关是一同享有的。
 依据有关公共记录的管理法令条例, 准永久保存。
 ※ 共有情报里有, 被接种者的个人事项(如: 姓名, 身份证号, 地址, 联系方式等) 家属的人迹事项, 预防接种内容(育苗名, 接种次数, 接种日, 接种育苗, 接种方式以及部位等), 这些个人情报信息, 将依据个人情报保护法(法律第10465号) 所被严密的保护和管理。