附件5

预防接种健康状况询问表

受种者: 出生日期： 证件号码：

为保证疫苗接种安全和效果，在疫苗接种前，您需要配合接种单位如实回答以下相关健康问题。如对有些问题不清楚，可请医务人员说明，如有其它健康问题 也请向医务人员主动说明，以便为您提出科学的疫苗接种建议。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康状况 | 询问结果 | 备注 |
| 1.近几天有无发热、咳嗽、腹泻等不适？ | 否 |  |
| 2.既往对药物、食物、疫苗等有无过敏史？ | 否 |  |
| 3.以往接种疫苗有无严重不良反应？ | 否 |  |
| 4.有无惊厥、脑病或神经系统疾病？ | 否 |  |
| 5.是否患有癌症、白血病、HIV感染、艾滋病或其它免疫系统疾病？ | 否 |  |
| 6.有无哮喘、肺部疾病、心脏疾病、肾脏疾病、代谢性疾病或血液系统疾病？ | 否 |  |
| 7.近3个月是否使用过可的松、强的松、其它类固醇、抗肿瘤药物或进行过放射性治疗？ | 否 |  |
| 8.近1年是否接受过输血或免疫球蛋白制剂？ | 否 |  |
| 9.最近1个月内是否接种过其它疫苗？ | 否 |  |
| 10. 有无其它健康问题？ | 否 |  |

医学建议：1.建议接种□ 2.缓种□ 3.医学检查/专家咨询□ 4.不宜接种□

受种者/监护人签名：

工 作 人 员 签 名：