**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、是否有怀孕或近期有备孕计划？ | 否 |  |
| 11、有无其它健康问题？ | 否 |  |
| 12、14天内是否有新冠疫情国内中高风险地区旅居史？ | 否 |  |
| 13、28天内是否有境外旅居史（澳门除外）？ | 否 |  |

**医学建议：** 1、建议接种

；2、缓种

；3、医学检查／专家咨询

；4、不建议接种

**受种者或监护人签核：**

工 作 人 员 ：

日 期 ： 2021 年 月 日