

# Checklist ng Screening para sa Kontraindikasyon sa mga Bakuna para sa mga Nasa Hustong Gulang

PANGALAN NG PASYENTE \_\_\_\_\_

ARAW NG KAPANGANAKAN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
buwan araw taon

**Para sa pasyente:** Ang mga sumusunod na tanong ay makatutulong sa amin na matukoy kung anong mga bakuna ang maaaring ibigay sa iyo ngayon. Kung “oo” ang sagot mo sa kahit aling tanong, hindi agad nangangahulugang hindi ka dapat bakunahan. Ibig sabihin lang nito ay may mga karagdagang tanong. Kung may hindi malinaw na tanong, mangyaring magtanong sa doktor upang ipaliwanag ito.

	oo	hindi	hindi alam
1. May sakit ka ba ngayon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. May allergy ka ba sa mga gamot, pagkain, bakuna, o latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nagkaroon na ba ng malubhang reaksiyon sa bakuna noon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mayroon ka bang pangmatagalang problema sa baga, puso, bato o metabolic na sakit (hal, diabetes), hika, o ibang sakit sa dugo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mayroon ka bang kanser, lukemia, HIV/AIDS, o anumang iba pang problema sa immune system?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sa nakaraang 3 buwan, ikaw ba ay uminom o tumanggap ng mga gamot na nakaaapekto sa immune system gaya ng prednisone, iba pang steroid, o gamot na kontra-kanser; mga gamot para sa rheumatoid arthritis, Crohn's disease o psoriasis; o nagkaroon na ng mga radiation treatment??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nagkaroon ka na ba ng seizure o problema sa utak o sa nervous system (mga nerbiyo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sa nakaraang taon, tumanggap ka ba ng dugo o produkto ng dugo , o nabigyan ng immune (gamma) globulin o isang gamot na kontra-virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para sa mga babae: Ikaw ba ay buntis o may posibilidad bang mabuntis sa susunod na buwan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nakatanggap ka ba ng bakuna sa nakaraang 4 na linggo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANG FORM AY PINUNAN NI \_\_\_\_\_ PETA \_\_\_\_\_

ANG FORM AY NIREPASO NI \_\_\_\_\_ PETA \_\_\_\_\_

**Dinala mo ba ang immunization record card mo? oo  hindi**

Mahalagang may sarili kang record ng mga bakuna mo. Kung wala kang sariling record, himingi ka sa doktor mo. Itago ito sa ligtas na lugar at dalhin sa tuwing magpapagamot ka. Siguraduhing may record ng lahat ng bakuna mo ang doktor mo.

Okochi-Naika-Clinic, Address: 6-7 Kamikiri, Sakuragata, Sobue-cho, Inazawa, Aichi 495-0015, Japan  
TEL: 0587-97-8300, Homepage: <http://www.okochi-cl.com/>