

## Guam Immunization Registry

### グアム予防接種登録

**Guam law states that all vaccines administered on Guam must be submitted to DPHSS for inclusion in the Guam Immunization Registry (GuWebIZ). For individuals who choose not to have vaccinations recorded in GuWebIZ, contact your immunization provider for additional information.**

グアムの法律では、グアムで投与される全てのワクチンは、グアム予防接種レジストリ（GuWebIZ）に含めるために DPHSS に提出する義務があると規定されています。GuWebIZ に予防接種記録をしないと選択した方は、追加情報について予防接種プロバイダーに連絡してください。

### PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

#### 患者の健康質問票

	Yes	No	Don't Know
<p>The following questions will help us determine which vaccines will be given today. If a question is not clear, please ask the nurse or doctor to explain it. Please check the appropriate box.</p> <p style="text-align: center; background-color: yellow;">If the answer is "Yes" to any question, please specify details.</p> <p>以下の質問は、今日どのワクチンが投与されるかを決定する為に使われます。質問が明確でない場合は、看護師または医師に説明を求めてください。該当するチェックボックスにチェックマークを記載してください。</p> <p style="text-align: center; background-color: yellow;">質問に対する回答が「はい」の場合は、詳細を記載してください。</p>			
<p>1 Is the patient sick today or has moderate/severe illness (e.g., fever)? あなたは今日病気ですか？それとも中等度/重病（例：発熱）がありますか？</p>			
<p>2 Have you received a dose of COVID-19 vaccine? If yes, when: Date: ___/___/___ Which product: <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Another product _____ COVID-19 のワクチンを接種しましたか？ はいの場合、いつ：日付： ___/___/___ どの製品：<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> 別の製品 _____</p>			
<p>3 Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis) to something? For example, a reaction for which you were treated with epinephrine or EpiPen or for which you had to go to the hospital? 何かに対して重度のアレルギー反応（アナフィラキシー）を起こした事がありますか？例えば、エピネフリン又は、エピペンで治療され病院へ行かなければならなかった反応はありますか？</p>			
<p>3a Was the severe allergic reaction after receiving COVID-19 vaccines? Or to any component in the COVID-19 vaccine? COVID-19 ワクチン接種後の重度のアレルギー反応はありましたか？又は COVID-19 ワクチンの成分によるアレルギー反応がありましたか？</p>			
<p>3b Was the severe allergic reaction after receiving another vaccine or another injectable medication? 別のワクチン又は、別の注射薬を投与した後の重度のアレルギー反応はありますか？</p>			
<p>4 Does the patient have allergies to medications (oral)? If yes, please specify: あなたは薬のアレルギーがありますか？はいの場合は具体的に明記してください。</p>			
<p>5 Does the patient have a history of allergies to food, pet, insect, venom, environmental, latex, or other allergies not related to vaccines or injectable therapies? Specify: あなたは注射以外の（食品、ペット、昆虫、環境、ラテックス、又は、ワクチンや注射療法に関係のない）他のアレルギー又は、アレルギーの病歴がありますか？ 明記：</p>			

6	<p>Has the patient had a seizure or other neurological disorder? Specify: あなたは発作又は、他の神経障害を持っていますか？</p> <p>明記：</p>			
7	<p>Does the patient have any long-term health problem with heart disease, lung disease, asthma, kidney disease, diabetes, anemia, or other blood disorder/ bleeding disorder or is on blood thinner? Specify: あなたは、心臓病、肺疾患、喘息、腎臓病、糖尿病、貧血、又はその他の血液障害/出血傷害を伴う長期的な健康問題を抱えていますか？又は抗凝血剤を使用していますか？</p> <p>明記：</p>			
8	<p>Do you have a weakened immune system caused by something such as HIV infection or cancer or do you take immunosuppressive drugs or therapies? Specify: HIV 感染やがん等によって免疫力が低下していませんか？それとも免疫抑制剤や治療法を服用していますか？</p> <p>明記：</p>			
9	<p>Has the patient taken cortisone, prednisone, other steroids, or anti-cancer or medications or treatments that suppress the immune system? あなたは、コルチゾン、プレドニゾン、他のステロイド、又は、抗がん剤、免疫系を抑制する薬や治療を受けていますか？</p>			
10	<p>Has the patient ever been paralyzed by the Guillain-Barré Syndrome? あなたは、ギランバレー症候群によって麻痺した事がありますか？</p>			
11	<p>Females: Are you pregnant or considering becoming pregnant in the next month? 女性：あなたは妊娠していますか？それとも（近月）妊娠を検討していますか？</p>			
12	<p>Females: Are you currently breastfeeding? 女性：あなたは現在母乳育児をしていますか？</p>			
13	<p>Has the patient received any vaccinations in the past 14 days? Or plans to in the next 14 days? Specify: あなたは過去 14 日間に予防接種を受けましたか？又は、今後 14 日以内に予定していますか？</p> <p>明記：</p>			
14	<p>Has the patient been diagnosed with SARS-CoV-2 (Coronavirus) Infection? Date: ____/____/____ あなたは SARS-CoV-2(コロナウイルス)感染症と診断されていますか？日付： ____/____/____</p>			
15	<p>Has the patient been exposed to SARS-CoV-2 (Coronavirus) in the past 14 days? Date of Last Exposure: ____/____/____ あなたは過去 14 日間に SARS-CoV-2 (コロナウイルス) にさらされましたか？ 最終暴露日： ____/____/____</p>			
16	<p>Have you received passive antibody therapy (monoclonal antibodies or convalescent serum) as treatment for COVID-19? COVID-19 の治療として受動抗体療法（モノクローナル抗体又は回復期血清）を受けましたか？</p>			
17	<p>Does the patient understand he/she must complete the same dose series, as the vaccine is not interchangeable with other COVID-19 vaccine products? If patient received another COVID-19 vaccine, Date: ____/____/____ ワクチンは他の COVID-19 ワクチン製品と互換性が無い為、患者は同じ用量シリーズを完了する必要があることを理解しましたか？患者が別の COVID-19 ワクチンを受けた場合：日付： ____/____/____</p>			

## CONSENT FOR HEALTH SERVICES

### 医療サービスへの同意

I, the undersigned, understand that I will be fully informed of the need, risks, and advantages of each medical procedure and treatment, and do hereby give my free and full consent to the Department of Public Health and Social Services (DPHSS) to perform such necessary examinations and treatment deemed advisable in connection with my diagnosis and the maintenance of good health. I also understand that I have the right to refuse such care, unless required by law. I understand that it is my responsibility to supply accurate and complete medical history information to those involved with my care, and to inform them of any changes in my health. I also understand that it is my responsibility to inform those involved with my care if I do not understand any instructions given or cannot follow them. This consent, unless sooner revoked in writing, shall expire upon my discharge by appropriate authorities of DPHSS.

私は、署名した者として、それぞれの医療処置や治療の必要性、危険性、利点について十分に説明されることを理解し、私の診断と健康維持に関連して望ましいと考えられる必要な検査や治療を行うために、公衆衛生社会サービス省（DPHSS）に自由かつ完全な同意を与えます。私はまた、法律で義務付けられていない限り、そのような治療を拒否する権利があることを理解しています。私は、私のケアに関わる人々に正確かつ完全な病歴情報を提供し、私の健康状態に変化があった場合にはその旨を知らせることが私の責任であることを理解しています。また、与えられた指示を理解できなかったり、指示に従えなかったりした場合は、ケアに関わる人々に報告するのが私の責任であることを理解しています。この同意は、書面ですぐに取り消されない限り、DPHSSの適切な当局によって私が退院した時点で失効するものとします。

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

### 個人情報の保護に関する通知と受領の確認

I acknowledge that I have been provided the Department of Public Health and Social Services (DPHSS) Notice of Privacy Practices.

- It tells me how DPHSS will use my health information for the purposes of treatment, payment for my treatment, and health care operations.
- It explains in more detail how DPHSS may use and share my health information for other purposes other than treatment, payment, and health care payment.
- It tells me how DPHSS will use and share my health information as required/permitted by law.
- It explains my individual rights in regard to my health information.
- If I am a DPHSS consumer receiving health services, I consent to DPHSS using and disclosing my treatment and medical records maintained by DPHSS for the purpose detailed in the Notice of Privacy Practices.

私は、公衆衛生社会サービス省（DPHSS）のプライバシー慣行に関する通知を受けたことを認めます。

- この通知には、DPHSS が治療、治療に対する支払い、およびヘルスケア業務の目的で私の健康情報をどのように使用するかが記載されています。

- また、DPHSS が治療、支払い、医療費の支払い以外の目的で私の健康情報をどのように使用し、共有するかについても詳しく説明しています。

- 法律で要求され、許可された場合に、私の健康情報をどのように使用し、共有するかを説明しています。

- 私の健康情報に関する私の個人の権利について説明しています。

- 私が健康サービスを受ける DPHSS の消費者である場合、私は、DPHSS がプライバシー慣行に関する通知に記載されている目的のために DPHSS が私の治療や医療記録を使用し、開示することに同意します。

Signature / Date

Witness Signature / Date

**MUST BE SIGNED IN THE PRESENCE OF A PUBLIC HEALTH OFFICIAL**