**附件： 预检登记询问表**

**请您如实填写以下健康相关信息：**

1.近几天是否有发热、腹泻等不舒服? 是 □ 否□

2.是否对药物、食物等过敏? 是 □ 否□

3.是否对疫苗成分过敏或曾经在接种疫苗后出现过严重反应?

是□ 否□

4.是否有癔痫、惊厥、脑病或其他神经系统疾病? 是□ 否□

5.是否患有癌症、白血病、艾滋病或其他免疫系统疾病?

是□ 否□

6.在过去三个月内，是否使用过可的松、强的松、其他类固醇或抗肿瘤药物，或进行过放射性治疗？ 是□ 否□

7.是否有哮喘、肛周脓肿、肠套叠、肺部疾病、心脏疾病、肾脏疾病、代謝性疾病(如糖尿病)或血液系统疾病吗? 是□ 否□

8.在过去的一年内，是否接受过输血或血液制品、或使用过免疫球蛋白?

是□ 否□

9.在过去1个月内是否接种过减毒活疫苗? 是□ 否□

10.是否怀孕？ 是□ 否□

11.过去6个月内是否感染过新冠病毒? 是□ 否□

12.您是否患有其他疾病? 是□ 否□

如有,请问是何种疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注：待预检医生评估后，再决定是否建议接种。