

Regarding Allergies

(アレルギーについて)

1 Do you have strong allergic reactions to any of the following? (Circle all that apply)

重いアレルギー症状の原因は何ですか？(あてはまること全部に○をつける)

Food 食べ物	Eggs 卵、 Milk 牛乳、 Wheat 小麦、 Shrimp エビ、 Crabs カニ、 Fish 魚、 Fruits くだもの、 Beans/Legumes (including Peanuts etc.) 豆(ピーナッツなど)
Animals/Insects 動物・虫	Cats ネコ、 Dogs イヌ、 Insects (Bees) 虫(ハチ)
Environment 環境	Mold カビ、 Dust ダスト、 Mites ダニ、 Pollen 花粉、 Ultraviolet rays 紫外線
Medicine etc. 薬など	Medicine 薬、 Vaccine ワクチン、 Cosmetics 化粧品、 Toothpaste 歯磨き粉、 Rubber ゴム、 Alcohol アルコール、 Contrast 造影剤

2 What kind of symptoms did you have? (Circle all that apply)

どのような症状がでましたか？(あてはまること全部に○をつける)

Skin 皮膚	Redness 赤くなる、 Swelling 腫れる、 Itchiness かゆくなる、 Hives 蕁麻疹
Breathing 呼吸	Sneezing くしゃみ、 Runny nose 鼻水、 Cough 咳、 Difficulty breathing 呼吸が苦しい High-pitched wheezing sound caused by disrupted airflow ゼーゼーと音がする
Digestive organs 消化器	Severe stomachache 強い腹痛、 Vomiting 嘔吐、 Diarrhea 下痢
Cardiovascular 循環器	Decreased blood pressure 血圧が下がる、 Faintness 意識がなくなる

3 When did the symptoms appear?

その症状はいつでましたか？

The symptoms appeared when I was () years old.

その症状は、()歳ごろにおきた。

I have experienced these symptoms about () times so far.

その症状は、いままでに()回あった。

Did you receive treatment at a hospital for your allergic reaction? (Yes ・ No)

その時は、病院で治療を(うけた ・ うけない)

【Only for those receiving their second dose】

【今回2回目の接種をする人のみ】

4 Did you have any serious allergic reactions after the first dose? (Yes ・ No)

1回目の新型コロナウイルスワクチンを打った後、重いアレルギー症状がありましたか？(あった ・ なかった)