

QUESTIONNAIRE TO PARENTS ABOUT HEPATITIS

CHILD CARE CENTER \_\_\_\_\_

FAMILY NAME: \_\_\_\_\_

HOME ADDRESS: \_\_\_\_\_ PHONE: HOME: \_\_\_\_\_ OFFICE: \_\_\_\_\_

**Please answer the following questions for each person in your household and for close family contacts (e.g., grandparents, aunts, etc.).**

IF ANSWER IS YES, PLEASE GIVE DATE OF ONSET.

Name: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

**In the past three months has this person had:**

	(Date)	Yes	No															
--	--------	-----	----	--------	-----	----	--------	-----	----	--------	-----	----	--------	-----	----	--------	-----	----

Nausea

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vomiting

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abdominal Pain

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Loss of Appetite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diarrhea

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dark Urine

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Yellow Skin or Eyes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Has this person been diagnosed as having hepatitis in past 3 months?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Has this person received an immune globulin shot for hepatitis in past 3 months? If yes, give date.**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--