

渡航ワクチン接種予診票

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。

		診察前の体温		度	分
フリガナ		生年月日			
予防接種を受ける人の氏名		男・女	西暦	年	月 日生
保護者の氏名 (被接種者が未成年の場合)			(満 歳)		
住所		TEL - -			

※回答欄は、当てはまる項目を○で囲んでください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1.	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(症状)	いいえ	
2.	最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
3.	現在、薬をのんでいますか。	はい(薬品名)	いいえ	
4.	1ヶ月以内に、家族や周囲に麻疹・風疹・みずぼうそう・おたふくかぜなどの病気にかかった方がいますか。	はい	いいえ	
5.	最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名)	いいえ	
6.	右記の予防接種を受けたことがあれば、○を付けてください。	A型肝炎 B型肝炎 狂犬病 黄熱 腸チフス 髄膜炎菌 ダニ媒介性脳炎 新型コロナ コレラ		
7.	生れてから今までに心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか。	はい(病名)	いいえ	
8.	今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい(時期・回数)	いいえ	
9.	今までに予防接種を受けて具合悪くなったことがありますか。 予防接種の名前()	はい	いいえ	
10.	今までに薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい(薬・食品名)	いいえ	
11.	今までに天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
12.	(女性の方に)現在、妊娠していますか。または、その可能性はありますか。	はい	いいえ	
13.	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

西暦 _____年 _____月 _____日

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師署名欄 _____ 岡藤隆夫

私は、医師の診察・説明を受け、効果や副反応などについて理解したうえで、接種を希望します。

被接種者署名 _____ (続柄) _____

(※自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記入してください)

ワクチン		ワクチン	
A型肝炎	Aimmugen / Havrix(輸入)	三種混合	Boostrix(輸入) / Tribik
B型肝炎	Heptavax II / Bimmugen	麻疹風疹混合	
腸チフス	Typhim Vi(輸入)	ダニ媒介性脳炎	FSME-Immun(輸入)
狂犬病	Rabipur / Verorab(輸入)	コレラ	DUKORAL(輸入)
日本脳炎	Jebik V / Encevac		
破傷風	Tetanus Toxoid		
ポリオ	Imovax Polio		
髄膜炎菌	Menactra/MenQuadfi		
		接種時間	時 分