

ワクチン任意接種申込書・予診票

フリガナ 氏名	性別	生年月日			体温 ℃
	男・女	(西暦)	年	月	

渡航先: 国名 _____ 都市名 _____ 目的: 観光・赴任・留学・他(_____)
 宿泊・滞在先: ホテル・ホームステイ(日本人・地元の人)・賃貸マンションや家・その他(_____)
 渡航E _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ (期間: _____ 年・月・週・日)

接種希望ワクチン 必要なものに○をつけてください

麻疹・風疹・おたふく・水痘・ロタリックスorロタテック・BCG・破傷風 2種混合・3種混合(国産・ブーストリックス)・ポリオ・ヒブ・小児肺炎球菌・日本脳炎 A型肝炎・B型肝炎・狂犬病・HPV(サーバリックス・ガーダシル)・肺炎球菌(ニューモバックス) 髄膜炎菌(Menoevax/Menactra)・腸チフス・インフルエンザ1回目・2回目 注射以外にご希望されるもの: 高山病予防薬・マラリア予防薬・乗り物酔い止め・ワクチン接種手帳 (_____)

質問事項	回答欄	医師記入欄
予防接種の有効性や副反応について」の記載を読み、理解しましたか？	いいえ・はい	
現在、何か病気にかかっていますか？また今日の具合の悪いところがありますか？→病名、具合の悪い箇所(_____)	はい・いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病期にかかったりしましたか？	はい・いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか？	はい・いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？	いいえ・はい	
今まで特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他にかかりましたか？	はい・いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ →薬名・食品名(_____)	ある・ない	
この予防接種を受けたことがありますか？	ある・ない	
1前回受けたのは(去年・ _____ 年 _____ 月頃)		
2その際に具合が悪くなったことはありますか？	ある・ない	
3ほかの予防接種の際に具合が悪くなりましたか？	はい・いいえ	
→予防接種名(_____)		
4週間以内になにかの予防接種を受けましたか？	はい・いいえ	
→予防接種名(_____)		
間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と判断された事がありますか？	ある・ない	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	いる・いない	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか？	いる・いない	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの感染症の方がいましたか？(病名 _____)	はい・いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか？	はい・いいえ	
(お子さんが接種される場合に)お子さんの発育歴についてお尋ねします。		
出生体重(_____ g) 分娩時に異常がありましたか？	はい・いいえ	
出生後に異常がありましたか？	はい・いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありましたか？	はい・いいえ	
今日のワクチン接種について他に質問がありますか？	ある・ない	

医師記入欄: 問診・診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)

署名

医師の診察を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解しました。 ワクチン接種を <u>うけます・うけません</u> 本人(未成年は保護者の) 署名 _____
