

# ワクチン任意接種申込書・予診票

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年 西暦 月日	年 月 日 満 歳 ヶ月	体温 ℃
------------	-----------	-------------	-----------------	---------

渡航先： 国名 \_\_\_\_\_ 都市名 \_\_\_\_\_ 目的： 観光・赴任・留学・ほか（ \_\_\_\_\_ ）

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（ \_\_\_\_\_ ）

渡航日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ （期間： \_\_\_\_\_ 年・月・週・日）

<b>ワクチン 接種希望</b>	麻疹・風疹・MR・おたふく・水痘・ロタ（ロタリックス）・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・4種混合・ヒブ・小児用肺炎球菌 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（Mencevax・Menactra）・腸チフス・インフルエンザ1回目・2回目・日本脳炎・ダニ脳炎
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 <b style="text-align: right;">（必要な物に○をつけて下さい）</b>	

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ヵ月以内に熱が出たり、病気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	
いままで特別な病気（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？ →病名（ _____ ）	はい・いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）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？ →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？ 1 前回受けたのは（去年・ _____ 年 _____ 月頃）	ある・ない	
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？ →予防接種名（ _____ ）	はい・いいえ	
4週間以内に何かの予防接種を受けましたか？ →予防接種名（ _____ ）	はい・いいえ	
間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？	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ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ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たずねします。 出生体重（ _____ ）g 分娩時に異常がありましたか？ 出生後に異常がありましたか？	はい・いいえ 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すか？	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（未成年者は保護者の）署名
---