

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 月日	西暦 満	年 歳	月 ヶ月	日	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)

ワクチン 接種 希望	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・ヒブ・小児用肺炎球菌・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(Mencevax・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
(必要な物に○をつけて下さい)

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？ 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 はい・いいえ 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</u> ・ <u>うけません</u> 本人(未成年者は保護者の)署名 _____
--