

整理番号

記入年月日

黄熱病予防接種問診票

20 年 月 日

※太字枠内を記入してください。

フリガナ		電話番号	
氏名			
氏名ローマ字(パスポートの表記と同一のもの)		緊急時電話番号	
住所	〒 ー	保護者氏名 ※接種希望者が小児の場合	

生年月日	年齢	性別	国籍
年 月 日生	満 歳	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	

職業	渡航先	
出発予定日	20 年 月 日	滞在期間 日間
渡航目的	観光・仕事・留学・その他( )	黄熱ワクチン接種回数 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加( )回目
本日の体温	. °C	本日の体調 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない

現在、以下の病気にかかっている、または治療していますか。いずれもない場合は該当なしにチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 発熱性疾患	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> かぜ
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 皮膚病	<input type="checkbox"/> 神経の病気	<input type="checkbox"/> 歯科の病気	<input type="checkbox"/> 免疫不全症
<input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 該当なし				

上記のいずれかの病気または治療に該当する場合、今回のワクチン接種について 主治医から許可を得ていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

これまでに免疫の低下(免疫不全)と診断されたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------------	--

現在、何か薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------------------	--

薬剤名:

これまでに入院するような病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------------------------------	--

詳細:

1ヵ月以内に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう、インフルエンザにかかりましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1ヵ月以内にあなたの家族や同僚、小児の場合は遊び仲間等に麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザ等にかかっている方はいましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3ヵ月以内に輸血やガンマグロブリンの投与を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1ヵ月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた場合は、接種日も記入してください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<input type="checkbox"/> A型肝炎( / )	<input type="checkbox"/> B型肝炎( / )	<input type="checkbox"/> 破傷風( / )	<input type="checkbox"/> 狂犬病( / )	<input type="checkbox"/> 日本脳炎( / )
<input type="checkbox"/> 腸チフス( / )	<input type="checkbox"/> ジフテリア( / )	<input type="checkbox"/> 髄膜炎( / )	<input type="checkbox"/> ポリオ( / )	<input type="checkbox"/> インフルエンザ( / )
<input type="checkbox"/> コレラ( / )	<input type="checkbox"/> 麻疹( / )	<input type="checkbox"/> 風疹( / )	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合ワクチン(MR)( / )	
<input type="checkbox"/> 3種混合(DTP:百日咳・ジフテリア・破傷風)( / )		<input type="checkbox"/> 4種混合(DTaP-IPV:ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)( / )		
<input type="checkbox"/> 水痘( / )	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ( / )	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌( / )	<input type="checkbox"/> その他( / )	

卵や鶏肉、ゼラチンなどの食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------------------	--

消毒用アルコールで、皮膚が赤くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------	--

薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
----------------------------------	--

家族に薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
-----------------------------------	--

(女性のみ) 現在授乳中、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------------------	--

※接種同意の署名は裏面です。

※小児の場合は保護者の方が以下も記入してください。

お子さんの年齢（月齢まで）	満 歳 カ月
お子さんの出生時体重・週数	出生時体重( )g / 週数( )週
分娩時に何か異常がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
乳児検診で異常があると言われたことがありますか（発達の遅れなど）。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1年以内にけいれんやひきつけをおこしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
あなたのお子さんの中に、先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医師記入欄

○診察所見（視診・咽頭所見・心音・触診・その他身体的所見）  
 特記すべき事項（ なし ・ あり ）※ありの場合は以下に詳細を記載。

<p>&lt;接種情報&gt;</p> <p>ワクチン名： YF-VAX</p> <p>メーカー名： Sanofi Inc.</p> <p>用法・用量： 0.5mL 皮下注射</p> <p>ロット番号： _____</p> <p>使用期限： _____</p> <p>接種部位：  <input type="checkbox"/>左腕  <input type="checkbox"/>右腕  <input type="checkbox"/>その他( )</p>	<p>&lt;同時接種&gt;</p>
<p>問診および診察の結果、本日の予防接種の可否 <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可</p>	
<p>接種日・接種時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :</p> <p>担当医師の署名 _____</p>	

予防接種に関する説明、問診及び診察の結果、接種後の注意事項の説明を受け理解しましたので、本日の予防接種を受けることに同意いたします。

**本人または保護者の同意署名**

\_\_\_\_\_