

海外渡航・その他のワクチン 問診票

ID			記載日	年	月	日
フリガナ			住所			
氏 名						
生年月日	年	月	日	電話番号		
年齢		性別	男	女	E-mail	

*** 該当する項目に☐を入れ、必要事項を記載してください**

■ 本日の受診目的と理由

- ☐ ワクチン接種 ()
☐ 抗体検査 ()
☐ その他 ()

■ 海外渡航の方

渡航先 : 都市 :
 渡航目的 :
 出発日～帰国日 :

■ 希望するワクチン

- ☐ A型肝炎 ☐ B型肝炎 ☐ 狂犬病 ☐ 破傷風 ☐ 日本脳炎
☐ 髄膜炎菌 ☐ ダニ媒介脳炎 ☐ ポリオ ☐ 腸チフス
☐ 麻しん ☐ 風しん ☐ 水痘 ☐ おたふく 下線は生ワクチン
☐ 三種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風） ☐ 小児肺炎球菌 ☐ RSウイルス
☐ その他

■ マラリアの予防内服が必要（海外渡航時）

- ☐ はい ☐ いいえ ☐

■ 乳児期に3種混合ワクチンをしている（ジフテリア・百日咳・破傷風）

☐ *母子手帳確認

- ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない

■ 1 か月以内にワクチン接種をしている（生ワクチン→生ワクチンは27日以上間隔をあける）

- ☐ はい ワクチンの種類と接種日 () ☐ いいえ

■ 現在、治療中の心臓・肝臓・腎臓の病気

- ☐ あり（ありの場合内服薬記載） ☐ なし

薬品名 () お薬手帳確認

■ 食品・薬品のアレルギー・アナフィラキシー

- ☐ あり（ありの場合以下記載） ☐ なし

食物 ()

薬品名 ()

症状 ()

■ 妊娠中または可能性がある

- ☐ はい ☐ いいえ