

# 黄熱予防接種問診票

西暦

/ /

フリガナ 受ける人の 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 (西暦) 年 月 日生 (満 才 ヶ月)
保護者の 氏名	18才以上の方は 不要です。	電話番号 : ( ) F A X : ( )
住所 〒	受ける人の 診察前体温 * (再検	・ °C ・ °C)

これは大切なことですので正しく記入して下さい。小児の場合は、保護者が記入して下さい。

① 本日あなたが受ける予防接種は黄熱ワクチンです。以前に接種したことはありますか？		
<input type="checkbox"/> 黄熱ワクチンは、今回がはじめてです		<input type="checkbox"/> 黄熱ワクチンは今回で ( ) 回目です。
本日黄熱以外にうける予防接種はありますか？		
<input type="checkbox"/> あり( )		<input type="checkbox"/> なし
② 渡航先 :		
③ 渡航目的 : <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 赴任 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
④ 出発予定日 : 西暦 年 月 日		⑤ 滞在期間 :
⑥ 本日の体調はいかがですか。		<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い
⑦ 現在、以下の病気にかかっていますか、または治療をしていますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<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"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全症 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 歯科の病気 <input type="checkbox"/> その他( )		
「はい」の場合、今回の黄熱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
⑧ 現在、何か薬を飲んでいますか。(例えばステロイド、抗ガン剤など)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の場合、その薬名( )		
⑨ 以前に入院するような病気にかかったことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ この1ヶ月以内にかかった病気、特に麻疹、風疹、水痘(みずぼうそう)、 又はおたふくかぜはありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 3ヶ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
⑫ 1ヶ月以内(4週間)にあなたの家族、同僚または小児の場合は遊び仲間に 麻疹、風疹、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ これまで接種したことのあるワクチンがあれば、以下記入して下さい。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> コレラ <input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> その他( )		
⑭ 卵や鶏肉、ゼリー(ゼラチン)等で、じんましんや発疹がでたことはありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 薬や食品、予防接種でじんましんが出たり具合が悪くなったことがありますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑯ 家族に薬や食品、予防接種でじんましん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
⑰ 現在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
⑱ 現在、授乳中ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※裏面もお答えください。

⑱ 利き腕と反対の腕に注射させていただきます。但し状況に応じて利き腕にさせていただきます場合もあります。

あなたの利き腕はどちらですか？ 利き腕を○で囲んでください。

右 左

※小児の場合は、引き続き保護者の方が質問にもお答え下さい。

お子様の今朝の体温 ( . °C)

ア	分娩時になにか異常がありましたか。	出生時体重 ( g)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
イ	乳児検診で異常があるとい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
ウ	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
エ	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

⑳ 予防接種に関する<注意事項説明書>を読み、これを理解した上で、接種することに同意しますか。

( 同意する 同意しない )

本人署名 \_\_\_\_\_

保護者の同意署名 \_\_\_\_\_

接種を受ける方が18歳未満の場合

### 医師記入欄

診察所見

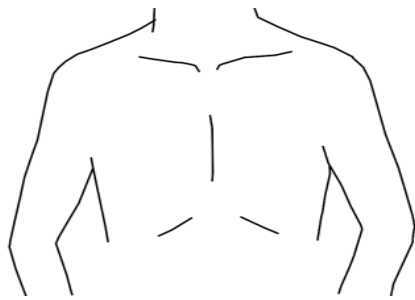
接種後の所見

視診・咽頭所見・心音・呼吸音・触診・その他

ワクチン接種に関して

問題 なし

問題 あり ( )



ワクチン	メーカー	ロット番号	部位	用法	用量
黄熱	Sanofi Inc.		右 左	初回 皮下筋 追加	0.5ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml
			右 上中左 中 下	初回 皮下筋 追加	ml

以上問診および診察の結果、本日の予防接種の可否

可 ・ 不可

担当医師 \_\_\_\_\_