

ワクチン問診票

体温 _____ °C 初診予約日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男・女

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ローマ字 *パスポートと同じつづりブロック体で記入して下さい。

連絡先 自宅

緊急連絡先(携帯電話番号)

住所 〒 _____

① あなたの渡航に関する情報をお書きください。※渡航以外の方は、記入不要。

◆勤務先からすすめられたワクチンやご希望のワクチンがありましたらご記入下さい。

(_____)

◆渡航先 (国名・都市名: _____)

◆滞在期間 (出国 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 帰国 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(約 _____ 年 _____ カ月) 予定

◆複数の国や地域を渡航される場合は各渡航先と滞在期間を具体的にお書きください

(_____)

◆渡航目的 □にレ点を付けて下さい。(カッコ内の記載は任意です)

仕事 (国内の派遣先を記載ください: _____)

配偶者や親の赴任に帯同 (赴任先の派遣元を記載ください: _____)

観光 (旅行会社のツアーか個人旅行かを記載ください: _____)

留学 (国内の所属を記載ください: _____)

(留学する学校名がわかれば記載ください: _____)

その他 (_____)

② 渡航以外でワクチン接種をご希望の方; ワクチンの種類 (_____) 目的 (_____)

③ 最近、10年以内に予防接種を受けましたか? はい ・ いいえ [はい] の方は予防接種記録を提出して下さい。

(_____)

④ これまでに、予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか? はい ・ いいえ

「はい」の方はワクチンの名前を教えてください (_____)

⑤ 現在、治療中や経過観察中の病気はありますか? はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的な症状や病名を書いてください (病名等: _____)

(症状等: _____)

(薬等: _____)

⑥ 今までに「ひきつけ(けいれん)」をおこしたことがありますか? はい ・ いいえ

⑦ 薬や食べ物(卵・鶏肉)でアレルギーをおこしたことはありますか? はい ・ いいえ

「はい」の方は具体的な薬や食べ物の名前を書いてください

(_____)

⑧ アルコール綿でかぶれたことはありますか? はい ・ いいえ

⑨ 女性の方のみお答えください。

◆現在、生理中ですか? はい ・ いいえ ・ 閉経 ◆妊娠の可能性はありますか? はい ・ いいえ

⑩ その他、健康状態で医師に伝えておきたいことがあれば、自由にご記入ください。