

# トラベルワクチン予診票

(フリガナ) 接種を受ける人の 氏名	男・女	生年月日	S・H・R 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
保護者氏名	ご住所	電話番号	— —
接種するワクチン	水痘(みずぼうそう) おたふくかぜ A型肝炎 B型肝炎 不活化ポリオ MRワクチン(麻疹・風疹) 破傷風 日本脳炎 髄膜炎菌(血清型、A,C,W,Y対応メンクアッドフィ) 3種混合(トリビック・Tdap Boostrix) 狂犬病(ラビビュール・ChiroRab) 腸チフス(Typbar TCV) その他のワクチン( )		

質問事項	診察前体温 度 分		医師記入欄
	回答欄		
(予防接種を受けられる方が18未満の場合) 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。 出産後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった あった	なかった なかった なかった	
今日体に具合の悪いところがありますか。 症状を教えてください。		いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
1ヶ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病気の方がいましたか。 病名:	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名:	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性疾患、心疾患、免疫不全、結核、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。 病名:	はい	いいえ	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい	いいえ	
けいれん・ひきつけをおこしたことがありますか。( )歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名:	はい	いいえ	
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 予防接種名:	はい	いいえ	
家族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。	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について何か質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ	
(女性の方に)2か月以内に妊娠を希望されていますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)</p> <p>医師の署名または記名押印</p>
-------	--

保護者の記入欄	<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性について理解した上で、接種を希望します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>ご本人(もしくは保護者)の署名</p>
---------	---

使用ワクチン・ロット番号	摂取量	接種場所・医師名・接種日時
	mL	<p>医療機関名 武蔵小杉森のこどもクリニック 小児科・皮膚科</p> <p>医師名</p> <p>接種年月日</p>