

予 防 接 種 問 診 票

品川シーサイド皮膚・形成外科クリニック

フリガナ		本日の日付： 年 月 日
受ける人の氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日(西暦で記入して下さい) 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
国 籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	電話番号： ()

以下については大切なことですので正しく記入してください。

本日の体調はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	本日の体温： °C
本日はどの予防接種を受けますか。()内には何回目か記入してください。	
<input type="checkbox"/> ペスト () <input type="checkbox"/> 黄熱 () <input type="checkbox"/> ポリオ () <input type="checkbox"/> 麻しん () <input type="checkbox"/> A型肝炎 () <input type="checkbox"/> 狂犬病 () <input type="checkbox"/> 日本脳炎 () <input type="checkbox"/> ジフテリア () <input type="checkbox"/> 破傷風 ()	
渡航先：	目的： <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 冒険 <input type="checkbox"/> その他()
出発予定日： 年 月 日	滞在期間： 年間 ヶ月間 日間
現在以下の病気に罹っていますか、または治療をしていますか？	
<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"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <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"/> かぜ <input type="checkbox"/> 歯科の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、何か薬の投与を受けていますか？(薬名：)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
1ヶ月以内にかかった病気、特に麻しん、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
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
1ヶ月(4週間)以内にあなたの家族、同僚、小児の場合は遊び仲間に、麻しん、風しん、水痘(水ぼうそう)、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
1ヶ月(4週間)以内に次の予防接種を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 黄熱 <input type="checkbox"/> ポリオ <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"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> その他()	
卵や鶏肉、ゼラチンの食べ物やラテックスゴムでアレルギーがでたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬剤、注射や予防接種で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
家族に薬剤や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
妊娠中・授乳中あるいは、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

高齢者の方へ

一般に高齢者では生理機能が低下しているので、副反応が発現しやすくなっています。接種にあたっては、予診等を慎重に行います。また、接種後10日間は特に慎重に健康状態を観察してください。

予防接種に関する説明、問診および診察の結果、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事に同意いたします。

本人の署名 _____