

海外渡航用ワクチン接種 問診票

氏名：_____ 性別：□男 □女 体温：_____℃

住所：_____ TEL：_____

生年月日：□昭和 □平成 □令和 _____年____月____日（ _____歳）

1 渡航先/日程

渡航先：_____ 出発：____/____/____ 帰国：____/____/____

2 希望のワクチン・予防薬にチェックをつけてください

- ☐狂犬病 ☐腸チフス ☐ダニ媒介脳炎 ☐日本脳炎 ☐A型肝炎
☐髄膜炎 ☐破傷風 ☐二種混合（ジフテリア・トキソイド）
☐三種混合（百日咳・ジフテリア・トキソイド）
☐マラリア予防薬 ☐高山病予防薬 ☐その他 _____
☐医師と相談して決める

3 他院接種歴 ☐なし ☐あり（ _____ ）

4 治療中の病気 ☐なし ☐あり（ _____ ）

5 使用中の薬 ☐なし ☐あり（ _____ ）

6 半年以内の輸血・グロブリン投与 ☐なし ☐あり

7 アレルギー ☐なし ☐卵 ☐ゼラチン ☐その他（ _____ ）

8 けいれん歴 ☐なし ☐あり

9 現在の妊娠（女性のみ） ☐なし ☐あり

接種同意署名：_____ 署名日：_____年____月____日

***** 病院記入欄 *****

診察所見：_____

接種可否：□接種可 □接種見合わせ 理由：_____

医師署名：_____

<接種記録 ※注射薬のみ>

ワクチン名：_____ 製造会社：_____ ロット番号：_____

接種量：_____ 接種部位：_____

接種日時：_____年____月____日 _____時____分