

海外渡航自費ワクチン予診票

FAX:0538-23-8301

MR(麻しん風しん)・日本脳炎・A型肝炎・B型肝炎・破傷風・狂犬病・ポリオ

↑ 事前に「ワクチンの効果や反応」をお読みいただきご記入してください

該当するワクチンを○で囲んでください。(複数ワクチンでも1枚で可)

		診察前の体温		度 分	
住所	TEL:			診察券番号	
受ける人の氏名	ふりがな( )	性別	生年月日		
保護者署名(接種者が未成年の場合)		男・女	S H R	年 月 日	歳

質問事項	解答欄	
いつから、どこへ、どれくらいの期間滞在予定ですか	いつから	
	場所	
	期間	年 月 週間
今日の予防接種について、効果や反応などの説明を読んで理解し、接種を希望しますか	いいえ	はい
今までに次のワクチンの接種をしたことがありますか		
1. MR(麻しん・風しん)	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
2. 日本脳炎	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
3. A型肝炎	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
4. B型肝炎	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
5. 破傷風	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
※ S42年(1967年)以前に生まれた方は破傷風が定期接種ではなかったため3回接種		
※ S43年(1968年)以降に生まれた方は破傷風が定期接種となっているため1回接種		
6. 狂犬病	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
7. ポリオ	はい( 回)・いいえ	接種日: 年 月 日
※ S50~S52年生まれの方は抗体保有率が低いいため接種をお勧めします		
最近一ヶ月以内に上記以外の予防接種をうけましたか	はい	いいえ
	ワクチン名:	
	接種日:	
1か月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどに かかった方がいますか	はい	いいえ
※潜伏期間が2~3週間あるため、その場合は効果が出ない事があるのでお勧めしません		
今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すか	はい	いいえ
	ワクチン名:	
今日体に具合の悪いところはありますか	はい	いいえ
または一ヶ月以内に何か病気がかかりましたか	→	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい	いいえ
	→	
薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、 体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
	→	
最近6ヶ月以内にガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい	いいえ
※接種されている場合は効果がでないことがあるためお勧めしません		
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
	歳頃 回くらい (最後は 年 月頃)	
【女性の方に】現在妊娠していますか。(MR以外は妊娠16週目以降の方のみ接種可)	はい	いいえ
接種ワクチンなどについて相談はありますか	はい	いいえ
健康状態の事で医師に伝えておきたいことがあればご記入ください		
【MR(麻しん風しん)を受けられる方へ】		
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
今妊娠しているあるいは妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ
接種後2ヶ月間の避妊する必要性について理解しましたか	はい	いいえ
使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日	
MR 0.5ml 右:上下 左:上下	実施場所: 溝口ファミリークリニック 医師名: 溝口 哲弘 溝口 優子 福沢 嘉孝 坂口 公祥 辻村 貴士 接種日:	
日本脳炎 0.5ml 0.25ml (2歳まで) 右:上下 左:上下		
A型肝炎 0.5ml 右:上下 左:上下		
B型肝炎 0.5ml 0.25ml (9歳まで) 右:上下 左:上下		
破傷風 0.5ml 右:上下 左:上下		
狂犬病 1.0ml 右:上下 左:上下		
ポリオ 0.5ml 右:上下 左:上下		

記載いただきました個人情報はワクチン接種のみに使用します

※接種可能な人のみ医師名に○つける  
2019.5.27 改訂

ご記入が終わりましたら、事前に FAX:0538-23-8301 までFAXをお願いいたします。