

海外渡航自費ワクチン予診票

A型肝炎・B型肝炎・狂犬病・破傷風・日本脳炎・MR(麻しん風しん)・ポリオ・腸チフス

↑ 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		
		男・女			
保護者署名(接種者が未成年の場合)		S H R 年 月 日 歳			

質問事項		解答欄	
会社宛での領収書が必要です。希望される方は会社名をご記入ください。		はい(宛名:) いいえ	
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	
過去10年以内に次のワクチンを接種したことがありますか ※本日接種するワクチンのみ最終接種日をご記入ください			
1. A型肝炎	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	年 月 日
2. B型肝炎	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	年 月 日
3. 狂犬病	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	年 月 日
4. 破傷風	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	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			
5. 日本脳炎	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	年 月 日
6. MR	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	年 月 日
7. ポリオ	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	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			
8. 腸チフス	はい(回)・ いいえ	最終接種日:	年 月 日
最近一ヶ月以内に本日受ける予防接種以外のものをうけましたか		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 ※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		はい	いいえ
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 ワクチン名:	いいえ
今日体に具合の悪いところはありますか または一ヶ月以内に何か病気にかかりましたか		はい 病名:	いいえ
現在、何かの病気で医師にかかっていますか		はい 病気	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りしたことがありますか		はい 薬・食品:	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 ※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		はい	いいえ
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 歳頃 回くらい (最後は 年 月頃)	いいえ
【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 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		はい	いいえ
【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	
A型肝炎	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 牧野 理沙 辻村 貴士 坂口 公祥 寺田 雅彦 接種日:	
B型肝炎	0.5ml 右:上 下 左:上 下		
狂犬病	1.0ml 右:上 下 左:上 下		
破傷風	0.5ml 右:上 下 左:上 下		
	0.5ml 右:上 下 左:上 下		
	0.5ml 右:上 下 左:上 下		
	0.5ml 右:上 下 左:上 下		

記載いただきました個人情報ハ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 2025.9.25改訂