接種時間	観察終了時間
：	：

中部空港検疫所支所

別紙4

黄熱ワクチン予防接種問診票

受付番号

以下の項目を正しく記入して下さい。

該当する□にはレ印記入をお願いします。また、該当する選択肢には〇を記入してください。

記入年月日　（西暦）　年　月　日

フリガナ		電話番号	
氏名	（ 男 ・ 女 ）	緊急時電話番号	※予防接種に伴う緊急事態発生時の連絡先 （自宅・実家・会社・学校・その他：　）
氏名ローマ字	※パスポートの標記と同一のもの		
未成年の場合 保護者氏名	本人にとっての続柄（　）	国籍	日本 ・（　）
生年月日	(西暦)　年　月　日（　歳　ヶ月）	職業	
現住所	〒 都 道 府 県		

黄熱の予防接種は何回目ですか		□初回 □（　）回目(前回の接種は（　）年)		
渡航出発日	（西暦）20　年　月　日	渡航先	経由地	目的地
渡航期間				
渡航目的	□観光 □出張 □赴任・帯同 □JICA □国際緊急援助隊 □親族・知人訪問 □その他（　）			
診察前の体温	℃	本日の体調はいかがですか	□良い □良くない（具体的に　）	

1か月以内に受けた**予防接種**を全て記入してください。また、それぞれの最後の接種日も記入してください。

□1か月以内には受けていない

□麻疹風疹	／	□A型肝炎	／	□三種混合	／	□日本脳炎	／
□おたふくかぜ	／	□B型肝炎	／	□四種混合	／	□狂犬病	／
□水ぼうそう	／	□破傷風	／	□肺炎球菌	／	□インフルエンザ	／
□新型コロナ	／	□その他（ワクチン名と接種日：					

現在、何か**病気**をお持ちですか	□はい ※以下の□にレ点、もしくは（ ）内に記入	□いいえ
□高血圧 □高脂血症（脂質異常症） □糖尿病（直近のHbA1c:　） □高尿酸血症（痛風） □アトピー性皮膚炎 □その他（　）		
現在、使っている**薬**はありますか	□はい ※以下の欄に使用中のすべての薬剤名を記入	□いいえ
薬剤名：		
上記のいずれかの病気または治療に「はい」と答えた場合、今回のワクチン接種について、担当医の先生から**了解**を得ていますか	□はい	□いいえ

裏面もご記入ください

入院するような**病気**にかかったり**手術**を受けたことはありますか	□はい	詳細	□いいえ
けいれんを起こしたことはありますか	□はい	詳細	□いいえ
３か月以内に**輸血**や**血液製剤**（ガンマグロブリンなど）の投与を受けたことがありますか	□はい	詳細	□いいえ
薬や**予防接種**で、じんましんなどの**アレルギー反応**が出たことはありますか	□はい	詳細	□いいえ
次の**食べ物**を食べて、じんましんなどの**アレルギー反応**がでたことがありますか **鶏卵・鶏肉・豚肉・ゼリー（ゼラチン）・その他**	□はい	詳細	□いいえ
鶏卵は普段から食べていますか	□いいえ	理由	□はい
麻しん（はしか）、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう、インフルエンザについて			
↳ 1か月以内に、あなた自身がかかりましたか	□はい	詳細	□いいえ
↳ 1か月以内に、あなたの周囲の人がかかりましたか	□はい	詳細	□いいえ
消毒用アルコールで、皮膚が赤くなったことがありますか	□はい	詳細	□いいえ
（女性のみ） 現在**妊娠中**、または**妊娠している可能性**はありますか	□はい	詳細	□いいえ
（女性のみ） 現在**授乳中**ですか	□はい	詳細	□いいえ

小児の場合は、引き続き保護者の方が以下の質問にも答えてください。

お子さんの出生時体重・週数	出生時体重	g	週数	週	日
出産時になにか異常がありましたか	□はい	詳細			□いいえ
あなたのお子さんの中に、先天性免疫不全と診断されている方はいますか	□はい	詳細			□いいえ

以下は検疫所使用欄

診察所見	**視診・咽頭所見・心音・呼吸音・触診・その他身体的所見**	**使用ワクチン**	
※特記すべき事項があれば、以下に記載。		**名称**	黄熱ワクチン1人用
		メーカー	サノフィ株式会社
		ロット番号	
		用法・用量	皮下注射　0.5ml
		接種部位	右　左　（　）

以上問診及び診察の結果、本日の予防接種の可否　□可　□不可

接種日・接種時間　年　月　日　：　　担当医師の署名

予防接種に関する説明、問診及び診察の結果、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ことに同意します。

本人または保護者の署名

（医師からの説明を受けた後に署名してください）

職員使用欄