

接種時間	観察終了時間
:	:

中部空港検疫所支所

別紙6

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。

該当する口にはレ印記入をお願いします。また、該当する選択肢には○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・その他:)
氏名 ローマ字	※パスポートの標記と同一のもの	国籍	日本・()
未成年の場合 保護者 氏名	本人にとって の続柄 ()	職業	
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳 ヶ月)		
現住所	〒 都 道 府 県		

黄熱の予防接種は何回目ですか	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> () 回目(前回の接種は ())		
渡航出発日	(西暦) 年 月 日	渡航先	経由地
渡航期間			目的地
渡航目的	<input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 赴任・帯同 <input type="checkbox"/> JICA <input type="checkbox"/> 国際緊急援助隊 <input type="checkbox"/> 親族・知人訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()		
診察前の 体温	°C	本日の体調はいかが ですか	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 麻疹風疹	/	<input type="checkbox"/> A型肝炎	/	<input type="checkbox"/> 三種混合	/	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	/
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	/	<input type="checkbox"/> B型肝炎	/	<input type="checkbox"/> 四種混合	/	<input type="checkbox"/> 狂犬病	/
<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	/	<input type="checkbox"/> 破傷風	/	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	/	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	/
<input type="checkbox"/> 新型コロナ	/	/	/	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい ※以下の口にレ点、もしくは () 内に記入	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------	---	------------------------------



<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症(脂質異常症) <input type="checkbox"/> 糖尿病(直近のHbA1c:) <input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風)
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ()

現在、使っている薬 はありますか	<input type="checkbox"/> はい ※以下の欄に使用中のすべての薬剤名を記入	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん を起こしたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> いいえ	
鶏卵は普段から食べていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	理由	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> いいえ
	現在 授乳中 ですか	<input type="checkbox"/> はい	詳細	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	詳細			<input type="checkbox"/> 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 ※特記すべき事項があれば、以下に記載。	使用ワクチン	
	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 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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

--