

接種実施日時 13:30

接種時間 _____

黄熱予防接種 問診票

確認事項	予防接種による緊急処置対応の際には、個人情報を医療機関へ提供することに同意します。		
	本人(または保護者)署名		
女性の 場合	1 妊娠中あるいは、現在妊娠している可能性がありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
	2 現在母乳栄養中ですか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>

⇒ 職員にお申し出ください

接種を受ける方の基本情報

フリガナ 氏名	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日 (西暦)	年 月 日 (満 才 ヶ月)
【小児の場合】保護者氏名	国籍 日本 <input type="checkbox"/> その他()		
住所 〒	電話番号 自宅・携帯 - - 緊急連絡先 - -		
渡航先・目的	観光 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> オリンピック <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	黄熱予防接種 初回 <input type="checkbox"/> ()回目 <input type="checkbox"/>	
出発予定日・期間	月 日	・	日間

接種当日確認事項

1	現在の体温	() °C	
2	本日の体調はいかがですか。	良い <input type="checkbox"/>	悪い <input type="checkbox"/> 具体的に:
3	薬、点滴、予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 種類・症状:
4	医療機関でアレルギーの検査を行ったことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 検査結果:
5	卵、鶏肉、ゼリー、ゼラチン、ラテックス等のアレルギーがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 種類・症状:
6	喘息・アトピー性皮膚炎になったことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 症状・時期:
7	病気で入院したり、手術や放射線治療を受けたことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 病名・時期:
8	現在治療中の病気や服用中の薬はありますか。 ※腎臓病・糖尿病・心臓病・喘息・血液疾患・免疫疾患・内分泌疾患・悪性腫瘍等 病名・薬品名:	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 下記にご記入ください
9	3ヶ月以内に輸血、ガンマグロブリン、内服ステロイド、抗がん剤、放射線治療を受けたことがありますか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 種類・時期:
10	1ヶ月以内に何か感染性の病気にかかりましたか。 ※麻疹(はしか)、風疹、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ等	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 病名・時期:
11	今回の接種日の前後4週間以内に受けた、または受ける予定の予防接種はありますか。 予防接種の種類・月日 例) A型肝炎 2月26日	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 下記にご記入ください
12	【小児の場合】 分娩時異常はありましたか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 具体的に:
13	1年以内に、けいれんやひきつけはありましたか。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/> 回数・時期:

ここから下は記入しないでください

医師記入欄

診察所見		接種の可否： 可 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>
予防接種に関する説明 <input type="checkbox"/>	担当医署名	
接種後の注意事項の説明 <input type="checkbox"/>		

本人（保護者）記入欄

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）署名：

ワクチン名	用法・用量	回数	接種部位
名称：YELLOW FEVER	皮下注射 0.5 ml	初回	左腕
メーカー名：Sanofi, Inc		() 回目	・
Lot No.：UI653AB		追加	右腕