

# 黄熱予防接種 問診票

<b>確認事項</b>	予防接種による緊急処置対応の際には、個人情報医療機関へ提供することに同意します。 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。 2 現在母乳栄養中ですか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	下記にご記入ください
予防接種の種類・月日 例) A型肝炎 2月26日			
12	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	【小児の場合】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	初回	左腕
メーカー名：Sanofi, Inc	0.5 ml	( ) 回目	・
Lot No. :		追加	右腕

## 未成年者の予防接種について

16歳未満 保護者の同行が必要です。

18歳未満 保護者の同行、又は同意書が必要です。

### 保護者の同意書

黄熱の予防接種について注意事項を読み、目的、効果、副反応発症の可能性などについて理解し、接種することに同意します。

平成 年 月 日

保護者自署

緊急の連絡先

※署名がなければ予防接種は受けられません。□

※緊急の連絡先は、予防接種実施前後の連絡が必要な場合を考慮しています。□

連絡が取れる自宅・携帯電話等をご記入下さい。□