

市立札幌病院 感染症内科外来 問診票（ワクチン接種）

今日の日付		体温	°C		
受ける人の氏名		電話番号			
生年月日		年齢	歳	性別	男・女

※ 海外へ渡航される方は以下の欄に御記入ください。該当する部分を○で囲んでください。

渡航地域	アジア地域 アフリカ地域 中東地域 中米・カリブ地域 南米地域 北米地域 ヨーロッパ地域 大洋州地域				
渡航国					
渡航目的	観光（パッケージツアー） 観光（個人旅行・バックパッカー） 仕事 同伴家族 留学 調査・研究 ボランティア JICA その他				
出発日		帰国日			
処方希望薬	なし マラリア予防薬 高山病予防薬				

※ ワクチン接種を希望される方は以下の欄に御記入ください。該当する部分を○で囲んでください。

接種希望ワクチン	A型肝炎 B型肝炎 破傷風 日本脳炎 腸チフス 狂犬病 髄膜炎菌 麻しん 風しん 水痘 おたふく その他	
本日、体に具合の悪いところがありますか？ 症状（	はい	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか？ 病名（	はい	いいえ
現在使用しているお薬はありますか？ お薬の名前（	はい	いいえ
心臓、肺、肝臓、腎臓、免疫などの病気をお持ちですか？ 症状や病名（	はい	いいえ
最近6カ月以内に輸血やガンマグロブリンの治療を受けましたか？ 治療内容：	はい	いいえ
薬や食べ物で具合が悪くなったことやアレルギーがでたことはありますか？ 薬や食べ物とその症状：（	はい	いいえ
卵や鶏肉を食べて、皮膚にぶつぶつ（発疹やじんましん）がでたことはありますか？	はい	いいえ
これまでにけいれんを起こしたことはありますか？	はい	いいえ
4週間以内に予防接種（ワクチン）を受けましたか？ 予防接種名と接種日	はい	いいえ
これまでに予防接種（ワクチン）を受けて気分が悪くなったことはありますか？ 症状	はい	いいえ
女性の方：現在妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ

※以下の欄は記入しないでください

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は右のとおり判断します。＜可能 ・ 見合わせる＞			
医師署名欄		西暦	年	月 日
接種ワクチン	A型肝炎 B型肝炎 破傷風 日本脳炎 狂犬病（ラビビュール・国産） 腸チフス 麻疹 風疹 麻疹風疹混合（MR） 水痘 ムンプス 髄膜炎菌 DPT （3種混合） その他（			