

# トラベルワクチン接種問診票・証明書

(接種日 年 月 日)

接種ワクチン名( 部位 ) 接種ワクチン名( 部位 )

接種ワクチン名( 部位 ) 接種ワクチン名( 部位 )

氏名

患者ID

生年月日

年

月

日

受診時体温

℃

【問診票】 以下について「はい」または「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

- |  |    |   |     |
|--|----|---|-----|
| 1 本日、具合の悪いところがありますか？                               | はい | ・ | いいえ |
| 2 現在、何か病気にかかっていますか？<br>(病名: )                      | はい | ・ | いいえ |
| 3 現在、何か薬を使用していますか？<br>(薬名: )                       | はい | ・ | いいえ |
| 4 今までに けいれん をおこしたことはありますか？<br>(いつ頃: )              | はい | ・ | いいえ |
| 5 免疫不全と診断されたことはありますか？                              | はい | ・ | いいえ |
| 6 薬や食べ物で具合が悪くなったことはありますか？                          | はい | ・ | いいえ |
| 7 鶏肉や卵を食べてぶつぶつができたり下痢をしたことはありますか？                  | はい | ・ | いいえ |
| 8 4週間以内に予防接種(ワクチン)をうけましたか？<br>(いつ: ) (ワクチン名: )     | はい | ・ | いいえ |
| 9 これまでに大きな病気にかかったことはありますか？<br>(病名: )               | はい | ・ | いいえ |
| 10 これまでに予防接種で具合が悪くなったことはありますか？<br>(いつ: ) (ワクチン名: ) | はい | ・ | いいえ |
| 11 採血や歯科治療などで気分が悪くなったことはありますか？                     | はい | ・ | いいえ |
| 12 【女性の方】現在妊娠していますか？妊娠の可能性はありますか？                  | はい | ・ | いいえ |
| 13 現在健康状態で心配なことはありますか？                             | はい | ・ | いいえ |

【本人記載】 ワクチンについて十分説明を聞き、接種を希望しますか？ はい ・ いいえ

【医師記載】 以上の問診と診察の結果、本日のワクチンの接種は 可 ・ 不可

## ワクチン接種済証明書(下記について)

医療法人ハレルヤ会 森田小児科医院

トラベルクリニック

医師: