## トラベルワクチン接種 問診票・証明書　　森田小児科医院

＊下の太枠内を記入してください　　接種日（西暦）　　年　月　日

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 生年月日（西暦）　　年　月　日　　年齢　　歳 | |
| 住所　〒　　- | |
| 電話番号 | |
| Eメール | |

**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。**

| | | |
|---|---|---|
| 本日、具合の悪いところはありますか？ | はい | いいえ |
| 現在、何か病気にかかっていますか？ | はい | いいえ |
| 「はい」の場合、病名　（　　） | | |
| これまでに大きな病気にかかったことはありますか？ | はい | いいえ |
| 「はい」の場合、病名（　　） | | |
| 現在、何か薬を使用していますか？ | はい | いいえ |
| 「はい」の場合、薬の名前（　　） | | |
| 今までに痙攣を起こしたことはありますか？ | はい | いいえ |
| 免疫不全症と診断されたことがありますか？ | はい | いいえ |
| 薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？ | 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？ | はい | いいえ |
| 「はい」の場合、予防接種の名前（　　） | | |
| これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか？ | はい | いいえ |
| 採血や歯科治療で気分が悪くなったことがありますか？ | はい | いいえ |
| 【女性の方のみ】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 |
| 現在、健康状態で心配なことはありますか？ | はい | いいえ |
| ワクチンについて十分説明を聞き、接種を希望しますか？ | いいえ | はい |

体温　　℃　　【医師記載】接種　　不可　・　可

| ワクチン名 | メーカー | ロット番号 | 接種部位 |
|---|---|---|---|
| | | | 左　　右 |
| | | | 左　　右 |
| | | | 左　　右 |
| | | | 左　　右 |

**ワクチン接種済 証明書**

上記接種したことを証明します

〒020-0117 岩手県盛岡市緑が丘4-1-50
医療法人ハレルヤ会 森田小児科医院　副院長 森田 順
電話 019-662-3326 jun.morita1977@gmail.com