

渡航相談問診票 森田小児科医院

受診日： 20 年 月 日
氏名： _____)
生年月日： _____ 年 月 日
年齢： _____ 歳 (_____ ヶ月) 性別： 男・女
職業： _____)
会社・学校名： _____)

●今回の受診について

- ・ 今回の受診の目的はなんですか？（複数回答可）
 1. 相談 2. 予防接種 3. マラリア予防薬の処方
- ・ 1. 相談を選んだ方は、どのくらい積極的に予防接種や薬の処方を受けようと考えていますか？
- ・ 2. 予防接種を選んだ方は、ご希望の予防接種を次の中から選んでください。（複数回答可）
 - 麻疹（はしか） 風疹 水痘（水ぼうそう） おたふくかぜ（ムンプス）
 - 破傷風 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風） ポリオ 日本脳炎
 - A型肝炎 B型肝炎 狂犬病 髄膜炎菌 腸チフス その他（ _____ ）

●健康に関する情報

- ・ 既往歴：過去に大きな病気にかかったことがありますか？ 現在、治療中の持病がありますか？
いいえ はい（ _____ ）
- ・ 薬：現在、内服中・使用中の薬がありますか？
いいえ はい（ _____ ）
- ・ アレルギー：食べ物・薬・予防接種などで具合が悪くなったことがありますか？
いいえ はい（原因： _____ 症状： _____ ）
- ・ 女性の方への質問です。現在妊娠していますか？ また妊娠の可能性がありますか？
いいえ はい（お薬や予防接種の中には妊娠中は使用できないものがあります。）
- ・ その他、健康状態に関して担当医に伝えておきたいことがあれば、お書きください。

●これまでに受けた予防接種について（予防接種をご希望・ご検討中の方のみ）

- ・ 母子手帳などの予防接種記録をお持ちですか？
はい（診察時にお持ちいただき、担当医にお渡しください。）
- いいえ→これまでに接種したことがあるワクチンがわかれば、次の中から選んでください。
 - 麻疹（ _____ ）回 風疹（ _____ ）回 水痘（ _____ ）回 おたふくかぜ（ _____ ）回
 - 破傷風（ _____ ）回 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）（ _____ ）回
 - ポリオ（ _____ ）回 日本脳炎（ _____ ）回 BCG（ _____ ）回
 - A型肝炎（ _____ ）回 B型肝炎（ _____ ）回 狂犬病（ _____ ）回
 - 髄膜炎菌（ _____ ）回 腸チフス（ _____ ）回 その他

