

手稻溪仁会病院 ワクチン外来 問診票

記載日： 年 月 日

氏名： 様

生年月日： 年 月 日 年齢： 歳（ ヶ月） 性別： 男 ・ 女

職業： _____

会社・学校名： _____

1. 今回の受診について

① 今回の受診の目的は何ですか？（複数回答可）

- 相談（ ） 抗体検査 証明書の発行 予防接種
 その他（ ）

② 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？

- すすめられたものは全て 時間や費用と相談して 必要最低限のみ

② 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 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（ ）

③ 今回の受診に関する費用は会社・学校などから補助されますか？

- されない 全てされる 一部される

2. 健康に関する情報

① 既往歴：過去に大きな病気にかかったことがありますか？

または、現在、治療中の持病がありますか？

- いいえ はい（病名： ）

② 薬：現在、内服中・使用中の薬がありますか？

- いいえ はい（ ）

② 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： ）

③ 女性の方への質問です。現在妊娠していますか？ また妊娠の可能性はありますか？

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。）

④ 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。

3. 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）

①母子手帳などの予防接種記録をお持ちですか？

はい →母子手帳などの予防接種記録をお持ちいただき、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。

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 麻疹（ ）回 | <input type="checkbox"/> 風疹（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> 水痘（ ）回 | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> 破傷風（ ）回 | <input type="checkbox"/> 3種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> ポリオ（ ）回 | <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> BCG（ ）回 | <input type="checkbox"/> A型肝炎（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎（ ）回 | <input type="checkbox"/> 狂犬病（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌（ ）回 | <input type="checkbox"/> 腸チフス（ ）回 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | |

4. 渡航に関する情報

①出国： 年 月 日・未定

②帰国： 年 月 日・（ ）年（ ）ヶ月間・未定

③途中帰国：なし あり（ ）頃

④渡航先（国名できれば都市名も）：

⑤渡航目的（複数回答可）：

観光

パッケージツアー バックパック キャンプ 登山

サファリ サーフィン

ダイビング ラフティング 川・湖で泳ぐ その他（ ）

仕事（内容： ）

留学（内容： ）

ボランティア（内容： ）

知人を訪問

家族に同行

その他（ ）

