

予防接種問診票

(記入日 年 月 日)

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？ (病名:)	はい	・	いいえ
3	現在、何か薬を使用していますか？ (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？ (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？ (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？ (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？ (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
14	学生の方ですか？ (学校名:)	はい	・	いいえ

***診察の際、医師に学生証をご提示下さい。学生価格が適用されます。**

【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

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
国際感染症センター トラベルクリニック

医師:

前回ワクチン接種 年 月 日

HAV() HAVhav ()/HBV ()/TT ()/JE ()/Rb () Rbv ()/DPT ()/MR ()/HPV ()/Men ()/Ty ()

問診票は診察までお手元にお持ち下さい。体温計は受付のトレーに返却をお願い致します。

診療内容における同意書

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター
理事長 殿

私は、次の項目について資料を確認し、 _____ 医師より説明を受けました。以下の内容を理解しましたので、その実施に同意します。

以下に該当する箇所を☑してください。

- ワクチン接種に関する説明（予防接種の適応と効果、同時接種を含む接種方法・接種間隔・今後のスケジュール、予防接種後の副反応の可能性・対応、健康被害への補償）

資料名：トラベラーズワクチン 予防接種を受けるにあたって

↓接種予定のワクチンに○を付けてください。

A型肝炎、B型肝炎、破傷風、狂犬病、日本脳炎、インフルエンザ、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、MR（麻疹・風疹）、IPV（不活化ポリオ）、DPT（百日咳・破傷風・ジフテリア）、DPT-IPV、DPT-IPV-Hib、4価髄膜炎菌、肺炎球菌23価、肺炎球菌13価、肺炎球菌15価、Hib、帯状疱疹、HPV4/9、BCG、Rota、RSV（高齢者）、その他（ _____ ）

- 日本国内未承認ワクチンについての説明（予防接種の適応と効果、同時接種を含む接種方法・接種間隔・今後のスケジュール、予防接種後の副反応の可能性・対応、健康被害への補償）

資料名：トラベラーズワクチン 予防接種を受けるにあたって

↓接種予定のワクチンに○を付けてください。

腸チフス(Typhim Vi)、A型肝炎(Havrix)、狂犬病(Verorab)、成人用三種混合(Tdap)、MMR（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎、Proirix）、ダニ脳炎(FSME IMMUN)、髄膜炎菌B型(Bexsero)

- 添付文書に記載されていない方へのワクチン接種についての説明

資料名：添付文書に記載されていない方への接種について

- マラリア予防内服についての説明

資料名：マラリア予防ポケットガイド

- 国内で保険適応外使用によるマラリア予防内服についての説明

資料名：ドキシサイクリンによるマラリア予防内服について

- 高山病予防内服について

資料名：高山病の予防内服について

- 下痢症に対するスタンバイ治療について

資料名：旅行者下痢症について

年 月 日

説明を受けた人 氏名 _____

保護者（説明を受ける人が18歳未満の場合） 氏名 _____