

CLINIC TEN SHIBUYA トラベルワクチン(渡航ワクチン)予診票

下の太枠内を記入してください

住所		男・女	診察前の体温	()度()分
フリガナ			TEL	() -
予防接種を受ける人の氏名				
フリガナ				年 月 日生
(保護者の氏名)			生年月日	()歳()カ月

以下のうち接種を希望するものに○をつけてください。

A型肝炎ワクチン(1回目・2回目・3回目)	B型肝炎ワクチン(1回目・2回目・3回目)
3種混合ワクチン (ジフテリア・百日咳・破傷風)	4種混合ワクチン (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ)
狂犬病ワクチン(1回目・2回目・3回目)	肺炎球菌ワクチン
麻しん風しん混合ワクチン(1回目・2回目)	おたふくかぜワクチン(1回目・2回目)

該当ワクチン	質問事項	回答欄		医師記入欄
全て	1. 今日受けられる予防接種について、説明文(当クリニックHPに記載)を読んで理解しましたか?	いいえ	はい	
全て	2. 今日普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	はい	いいえ	
全て	3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい	いいえ	
全て	・その場合、治療(投薬など)を受けていますか ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いといわれましたか	はい	いいえ	
全て	4. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
全て	5. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などにかかった方がいますか 病名()	いる	いない	
全て	6. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日(年 月 日)	はい	いいえ	
全て	7. これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 具体的症状()	ある	ない	
全て	8. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか 病名()	ある	ない	
全て	"ある"の場合: その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けていいと言われましたか?	いいえ	はい	
全て	9. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある ()歳	ない	
全て	("ある"の場合)ひきつけを起こしたときに熱は出ましたか	はい	いいえ	

