

ワクチン・渡航外来 問診表

記入日(西暦): _____ 年 _____ 月 _____ 日 体温: _____ °C

生年月日(西暦): _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳

ふりがな

氏名: _____ 性別: 男・女

18歳未満の方

保護者氏名: _____ 保護者連絡先: _____

● ワクチン・渡航外来を受診される目的はどれですか？(複数選択可)

1. ワクチン接種希望(肺炎球菌、带状疱疹など)
2. 海外渡航前の健康相談や予報接種、予防内服薬の相談
3. 和文・英文の診断書・証明書作成
4. 抗体検査や結核の検査(T-SPOT、QFT、ツベルクリン反応など)
5. その他(_____)

● 海外渡航する方は以下について分かる範囲でご記載(または○で囲む)下さい。

出発日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

渡航期間: 1週間以内 1週間~1ヶ月 数ヶ月 半年以上 数年

渡航する国(できれば都市名)

現地での活動内容: 観光 就職 留学 居住 帰郷

滞在先: 自宅・賃貸 ホテル・宿 友人・知人の家 その他

● 特定のワクチンや予防内服薬の希望はありますか。

(「有」ならワクチン・薬剤名: _____)

現在の健康状態について

● これまでにかかった病気はありますか？ ※糖尿病、がん など あり ・ なし

(「有」なら疾患名: _____)

● 現在服用中の薬剤はありますか？ あり ・ なし

(「有」なら薬剤名: _____)

● 食べ物・薬のアレルギーはありますか？ あり ・ なし

(「有」なら薬剤・食品名: _____)

● これまでに予防接種で体調が悪くなったことはありますか？ あり ・ なし

(「有」ならワクチン名: _____)

● これまでに免疫不全と言われたことはありますか？ あり ・ なし

● 女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ あり ・ なし