

黄熱 予防接種 問診票

接種する日	西暦 2025年 10月 25日	血压		体温	
住所	大阪府大阪市福島区福島X-X-XX		TEL	(06) XXXX-XXXX	
ふりがな	じえいこー たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女	(満 16 歳)	
名前	JCHO 太郎	生年月日	西暦 2009年 11月 3日		
18歳未満の方					
保護者氏名:	JCHO 花子	保護者連絡先:	(06) XXXX-XXXX		

● 本日あなたが接種するのは黄熱のワクチンです。これまでに接種したことがありますか？

今回が初めてです 黄熱ワクチンは、今回で () 回目です

● 本日は黄熱以外に受ける予防接種はありますか？

あり (ワクチン名: **A型肝炎、狂犬病**) なし

● 渡航先: **ブラジル** ● 渡航目的: **観光** 仕事 留学 その他 ()

● 出発予定日: 西暦 **2026年 2月 14日** ● 滞在期間: **12日間**

現在の健康状態について	回答	医師記入欄
● 本日、体調の悪いところはありますか？	あり なし	
● これまでかかった病気はありますか？ ※ 糖尿病、がん など (「あり」なら疾患名: 気管支喘息)	あり なし	
かかりつけの医師から黄熱ワクチン接種の許可を得ましたか？	あり なし	
● 現在服用中の薬剤はありますか？ ※ ステロイド、抗がん剤 など (「あり」なら薬剤名: アドエア、キプレス)	あり なし	
● 食べ物・薬のアレルギーはありますか？ (「あり」なら薬剤・食品名:)	あり なし	
● 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」ならワクチン名:)	あり なし	
● これまでにけいれんを起こしたことはありますか？ (「あり」ならいつ頃?)	あり なし	
● 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	
● 4週間以内に麻疹・風疹・水痘・ムンプスの予防接種を受けましたか？ (「あり」ならワクチン名:)	あり なし	
● 最近あなたや同居者が麻疹・風疹・水痘・おたふくになりましたか？ (「はい」なら感染症名:)	あり なし	
● 半年以内に輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか？	あり なし	
● これまで採血や歯の治療で具合が悪くなったことは？	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	

※ 小児の場合は、引き続き保護者の方が以下の質問にもお答え下さい。☒

1歳以下の場合：生後 月 日 出生時体重 (g)

● 分娩時に何か異常がありましたか？ (「あり」なら詳しく：)	あり	なし
● 乳児検診で異常を指摘されたことがありますか？(発達遅れなど) (「あり」ならその詳細：)	あり	なし
● 1年以内にけいれんやひきつけをおこしたことがありますか？	あり	なし
● 先天性免疫不全と診断されている兄弟や親族はいますか？ (「いる」なら病名)	あり	なし

これまでに接種したことがあるワクチンがあれば、チェックと最終接種日の記入をお願いします。

- 黄熱 (/ /) A型肝炎(/ /) B型肝炎 (/ /) 種痘(天然痘) (/ /)
 狂犬病 (/ /) ポリオ (/ /) 腸チフス (/ /) コレラ (/ /)
 髄膜炎菌 (/ /) 日本脳炎 (2019/ 4/ 2) ダニ媒介脳炎 (/ /) 破傷風 (2022/ 12/ 4)

< 被接種者記入欄 >

医師の説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性、健康被害時の救済制度について理解の上で、当てはまる方を○で囲んで下さい。

* 接種を希望する

* 接種を希望しない

被接種者氏名： JCHO 太郎

* 接種を受ける方が18歳未満の場合 保護者氏名： JCHO 花子

病院記入欄	ワクチン名	メーカー	Lot No.	接種部位			用量	接種法	
	黄熱	sanofi		左	三角筋	前	ml	筋注	皮下
			右	上腕外側	中後				
			左	三角筋	前	ml	筋注	皮下	
			右	上腕外側	中後				
			左	三角筋	前	ml	筋注	皮下	
			右	上腕外側	中後				
			左	三角筋	前	ml	筋注	皮下	
			右	上腕外側	中後				

< 医師記入欄 >

以上の問診と診察の結果、本日のワクチンの接種は

可能 ・ 不可 と判断する。

本人・保護者に対して予防接種の効果、副反応や健康被害時の救済などについて説明しました。

接種年月日：西暦 年 月 日

大阪検疫所 / JCHO大阪病院 医師：