

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？ | はい | ・ | いいえ |
| | (病名:) | | | |
| 3 | 現在、何か薬を使用していますか？ | はい | ・ | いいえ |
| | (薬名:) | | | |
| 4 | 今までに けいれん をおこしたことはありますか？ | はい | ・ | いいえ |
| | (いつ頃:) | | | |
| 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)を受けましたか？ | はい | ・ | いいえ |
| | (いつ:) (ワクチン名:) | | | |
| 9 | これまでに大きな病気にかかったことはありますか？ | はい | ・ | いいえ |
| | (病名:) | | | |
| 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？ | はい | ・ | いいえ |
| | (いつ:) (ワクチン名:) | | | |
| 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？ | はい | ・ | いいえ |
| | (学校名:) | | | |

***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。

トラベルクリニック診療内容に関する同意書

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 病院長 殿

私は、次の項目について資料を確認し、説明医師（氏名：_____）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。

以下の説明を受けた項目に☑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、費用等）

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、腸チフス、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘、MR（麻疹・風疹）、带状疱疹、IPV(不活化ポリオ)、DPT（百日咳・破傷風・ジフテリア）、五種混合(DPT-IPV-Hib)、4 価髄膜炎菌、肺炎球菌 23 価、肺炎球菌 20 価、肺炎球菌 21 価、Hib、HPV(4 価、9 価)、BCG、ロタウイルス、RSV、ダニ媒介性脳炎、新型コロナワクチン、不活化インフルエンザ、経鼻弱毒生インフルエンザ、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。

輸入 A 型肝炎(Havrix)、輸入狂犬病(Verorab)、輸入成人用三種混合(Tdap)、輸入 MMR（麻疹・風疹・流行性耳下腺炎、Priorix）、輸入髄膜炎菌 B 型(Bexsero)、輸入コレラ(Dukoral)、その他（_____）

- ☐ 添付文書に記載のない用法・用量・対象者で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

- ☐ 国内では適応外使用（保険適用外）とな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

- ☐ 国内では適応外使用（保険適用外）となる高山病予防内服についての説明

資料名：高山病の予防内服について

☒ ワクチン接種費用は、当院トラベルクリニックのワクチン価格表に基づく自費診療であり、相談料、ワクチン料金、証明書作成料等が発生することを確認した。

☒ 医師との相談でワクチン接種や検査実施の方針を決定後、自身の都合により診療を中止する場合は（ワクチン開封・調製後に使用できなくなる等により）当該予防接種や検査の料金を支払う必要が生じる。

同意日 年 月 日

同意者（接種を受ける人） 氏名_____

保護者（接種を受ける人が 18 歳未満の場合） 氏名_____ 続柄（_____）