

# 清水内科クリニック 予防接種等申込書

(渡航初回)

※ 以下の太枠内を全て正確に記入してください。

申込年月日

住所	〒						
	TEL:			携帯:			
接種者氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	昭和・平成	(西暦	年)
						年	月
							保護者氏名 <small>未成年の場合</small>

当院を知った手段は？ 通院歴がある・知人の紹介・看板・近所・ホームページ・その他( )

当院ホームページ掲載「渡航ワクチンの選び方」をお読みいただきましたか？ はい・いいえ

▼渡航先についてお伺いします。

渡航先	国	地域・都市	出発日 期間	年	月	日から、約	(日・週・月・年)間
目的	転勤・留学・出張・旅行・ワーホリ・移住・その他( )						

▼希望するものに○を付けてください。(不明であれば白紙でも可)

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1. A型肝炎(国産)   | 12. MR(麻しん風しん混合)・麻しん・風しん    |
| 2. A型肝炎(輸入ワクチン)                                     | 13. おたふく(ムンプス・耳下腺炎)         |
| 3. B型肝炎   | 14. 水痘(水ぼうそう・带状疱疹)          |
| 4. 成人用DPT3種混合(Tdap)(輸入ワクチン)<br>※D=ジフテリア、P=百日咳、T=破傷風 | 15. インフルエンザ                 |
| 5. DPT-IPV4種混合<br>※D=ジフテリア、P=百日咳、T=破傷風、IPV=ポリオ      | 16. マラリア予防薬(マラロン10錠 × パック)  |
| 6. 破傷風  | 17. 高山病予防薬(ダイアモックス5錠 × パック) |
| 7. 日本脳炎   | 18. 海外渡航者一般健診               |
| 8. 狂犬病(輸入ワクチン)                                      | 19. 結核検査(ツベルクリン、クオンティフェロン)  |
| 9. 腸チフス(輸入ワクチン)                                     | 20. 抗体検査(麻しん・風しん・おたふく・水痘)   |
| 10. ポリオ(IPV)  | 21. 証明書・診断書                 |
| 11. 4価髄膜炎(MCV4:メナクトラ)                               | 22. その他のワクチン、抗体検査           |
- [ ]

▼接種ワクチンについてのお尋ね、持病で伝えたいことがあればお書きください

# 清水内科クリニック 予防接種等予診票

(渡航初回)

※ 以下の太枠内を全て正確に記入してください。

接種年月日

接種者氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	昭和・平成 (西暦	年)	保護者氏名	未成年の場合
					年	月		

▼以下の問診にお答えください。		▼回答欄	
1. 本日の体温は、何℃でしたか？			℃
2. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？または受ける予定がありますか？ ワクチン名( )		はい	いいえ
3. 1ヶ月以内に麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘にかかりましたか？ または2週間以内にそれらの患者さんと接触しましたか？		はい	いいえ
4. 現在、病気で医師にかかっていますか？ 病名( )		はい	いいえ
5. 今までに痙攣(ひきつけ)を起こしたことはありますか？ ( )歳頃・今までに( )回		はい	いいえ
6. 卵を食べて発疹が出たり、下痢になったことがありますか？		はい	いいえ
7. 卵または食品アレルギーといわれたことがありますか？ 品名( )		はい	いいえ
8. 薬で唇がはれたり、皮膚に発疹が出たことがありますか？ 薬品名( )		はい	いいえ
9. 心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病にかかりましたか？ 病名( )		はい	いいえ
10. 今までに予防接種で体調が悪くなったことがありますか？		はい	いいえ
11. 家族や兄弟・親戚に、予防接種で体調が悪くなった人はいますか？		はい	いいえ
12. 6ヶ月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか？		はい	いいえ
13. 今日の体調はいかがですか？		良い	不調

## ▼(クリニック記入欄) 本日接種ワクチン

1. A型肝炎(国産)	12. MR(麻しん風しん混合)・麻しん・風しん
2. A型肝炎(輸入ワクチン)	13. おたふく(ムンプス・耳下腺炎)
3. B型肝炎	14. 水痘(水ぼうそう・帯状疱疹)
4. 成人用DPT3種混合(Tdap) (輸入ワクチン) ※D=ジフテリア、P=百日咳、T=破傷風	15. インフルエンザ
5. DPT-IPV4種混合 ※D=ジフテリア、P=百日咳、T=破傷風、IPV=ポリオ	16. マラリア予防薬(マラロン10錠 × パック)
6. 破傷風	17. 高山病予防薬(ダイアモックス5錠 × パック)
7. 日本脳炎	18. 海外渡航者一般健診
8. 狂犬病(輸入ワクチン)	19. 結核検査(ツベルクリン、クオンティフェロン)
9. 腸チフス(輸入ワクチン)	20. 抗体検査(麻しん・風しん・おたふく・水痘)
10. ポリオ(IPV)	21. 証明書・診断書
11. 4価髄膜炎(MCV4:メナクトラ)	22. その他のワクチン、抗体検査
	[ ]

医師記入欄	問診・診察をして接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。 接種可能なワクチン [ ]	医師サイン 清水 秀幸
本人・保護者記入欄	医師の診察を受け、接種の効果や目的・副反応の可能性および 予防接種健康被害救済制度について説明を受け、理解しました。 今日の予防接種を(希望する・見合わせる)	本人または保護者サイン