

のぎきはちまん前内科 トラベルワクチン申込書

申込年月日 年 月 日

接種者氏名	フリガナ	
生年月日	年 月 日	
年齢	歳	
住所	〒	
TEL		
保護者氏名 (接種者が20歳以下の場合)		
渡航先		
出発日・期間	年 月 日 から 約 ( ) 日間・週間・ヶ月・年間	
希望するワクチン	(該当するものに○をつけて下さい。)  A型肝炎ワクチン (国産) A型肝炎ワクチン (輸入) B型肝炎ワクチン (国産) A型+B型肝炎ワクチン (輸入) 狂犬病ワクチン (輸入) 腸チフスワクチン (輸入) 三種混合(Tdap)ワクチン (輸入) : 破傷風・ジフテリア・百日咳 コレラワクチン 破傷風 (国産) その他のワクチン ( )	
以下の問診にお答え下さい		
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
薬のアレルギーはありますか? 薬品名 ( )	はい	いいえ
食べ物にアレルギーはありますか?	はい	いいえ
心臓・肝臓・腎臓の病気や川崎病にかかりましたか?	はい	いいえ
今までに痲皰(ひきつけ)を起こしたことはありますか? ( )歳頃、( )回		いいえ
6ヶ月以内に輸血・血液製剤の投与を受けていますか?	はい	いいえ
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
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか?	はい	いいえ
1ヶ月以内に麻疹・風疹・おたふく風邪・水痘にかかりましたか?	はい	いいえ
もしくは、それらの患者さんと2週間以内に接触しましたか?	はい	いいえ
近親者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