広島市立舟入市民病院　渡航者外来を受診される方へ

問診票（事前にご記入の上お持ちください）

初診予約日：　　年　　月　　日

以下の情報は当外来の受診についてのみ利用し、それ以外の目的には利用しません。

フリガナ 氏名		生年 月日	西暦　　年 月　　日	性別：	年齢：
ローマ字	（パスポートと 同じつづり）				
連絡先	自宅電話番号：		緊急連絡先 （携帯電話等）		

1.　渡航者外来で希望するサービス内容をお書きください。

①　ワクチン　　□A型肝炎　□B型肝炎　□破傷風　□狂犬病　□日本脳炎
　　□髄膜炎菌　□腸チフス　□その他（　　）

②　薬の処方　　□マラリア予防薬（メフロキン、または　マラロン）
　　□高山病予防薬（ダイアモックス）
　　□その他（　　）

③　診断書作成　□英文　□和文
　　診断書原本は　□持参　□当院の様式でよい

2.　あなたの渡航に関する情報をお書きください。

①　渡航先　（国名・都市名：　　）

②　滞在期間　（合計：約　　日・月・年）

③　出国日　　年　　月　　日　～帰国日　　年　　月　　日

④　複数の国や地域を渡航される場合は、各渡航先と滞在期間を具体的にお書きください。
（　　）

⑤　渡航目的　□仕事　□家族として帯同　□観光　□留学
　　□その他（　　）

⑥　現地で予定の活動 □野外活動・キャンプ　□登山・トレッキング □ダイビング
　　□その他（　　）

3.　その他、事前に伝えたいことがあれば、ご記入ください。
（　　）

広島市立舟入市民病院　渡航者外来を受診される方へ

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下は、ワクチン接種の予診票も兼ねます。

接種当日の体温
（直前に検温）　　℃

	質　問　事　項	回　　答	
1	最近、身体の調子はどうですか？	悪い　（具体的に）	よい
2	現在、病気にかかっていますか？	はい　（病名） 薬をのんでいますか（いる・いない）	いいえ
3	1か月以内に病気にかかりましたか？	はい　（病名）	いいえ
4	今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？	はい　（いつ頃）	いいえ
5	心臓血管系、腎疾患、肝疾患、血液疾患、免疫不全症等で医師の診察を受けていますか？	はい　（病名）	いいえ
6	食べ物や薬で体調不良になったことがありますか？	ある　（具体的に）	ない
7	アルコール綿でかぶれたことがありますか？	ある	ない
8	ラテックスやゴムなどでかぶれたことがありますか？	ある	ない
9	あなたの生活習慣を教えてください	タバコ　　：吸わない・1-20本/日・それ以上 アルコール：飲まない・時々飲む・毎日飲む 運　動　　：特にしない・時々する・毎日する	
10	今までに予防接種を受けて体調が悪くなったことがありますか？	ある（予防接種名） （　　年　　月頃）	ない
11	1か月以内に予防接種を受けましたか？	ある（予防接種名） （　　月　　日）	ない
12	3か月以内に，ガンマグロブリンの投与や，輸血を受けたことがありますか	ある （　　月　　日頃）	ない
13	（女性のみ）現在妊娠中（可能性がある場合も）、または授乳中ですか	はい　（具体的に）	いいえ
14	その他，特に健康状態など医師に注意してもらいたいことがあれば，記入してください		

ワクチンの説明及び接種の同意書

広島市立舟入市民病院　病院長殿

この度、以下のワクチンを接種するにあたり、接種の必要な理由、効能・効果、用法・用量、副反応の可能性および出現時の対応等について、また未承認ワクチンでは副作用出現時の補償制度についても、別紙に沿って十分な説明を受け理解しました。

国内承認ワクチン

□A型肝炎　□B型肝炎　□破傷風トキソイド　□狂犬病　□日本脳炎
□髄膜炎菌　□麻疹・風疹混合　□その他（　　）

未承認（輸入）ワクチン

□狂犬病　□A型肝炎　□コレラ　□腸チフス　□ダニ脳炎
□その他（　　）

その結果として、

□ ワクチンの接種について同意します
□ ワクチンの接種について同意しません
（上記の□のいずれかに☑を記入して下さい）

説明日：　　年　　月　　日　説明医師：＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

同席者：＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

同意日：　　年　　月　　日　被接種者：＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

（被接種者が未成年の場合）保護者：＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）（署名）

不明な点がある場合はご遠慮なくお尋ねください。

問い合わせ先：広島市立舟入市民病院　感染症科（沖本）
電話：082-232-6195（代表）

ワクチンLot番号シールの貼付欄（ない場合は転記）