予 防 接 種 問 診 票

氏名		男 女	生年 月日	年　月　日（　　歳）	電話番号 （　　）　　－
					本日の体温（　　℃）

太枠内の質問の「はい」「いいえ」に〇を付け、「はい」の場合は必要事項をご記入下さい。

	質問事項	解答欄	
1	海外渡航や仕事の為に予防接種を受けたことはありますか？	はい	いいえ
2	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ ワクチン名（　　）	はい	いいえ
3	2週間以内に新型コロナワクチンの予防接種を受けましたか？	はい	いいえ
4	薬や食物によるアレルギーはありますか？ アレルギーの原因は何ですか？（　　）	はい	いいえ
5	現在、治療中または経過観察中の病気はありますか？ 病名は何ですか？（　　）	はい	いいえ
6	1年以内にけいれんを起こしたことはありますか？	はい	いいえ
7	過去に病気にかかったことがありますか？ 病名（　　）いつ頃かかりましたか？（　　）	はい	いいえ
8	今までに採血や予防接種をして気分が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
9	女性のみ：妊娠中又は妊娠の疑いはありますか？　**★生ワクチン接種の方は、接種前1ヶ月間以上の避妊が必要です。**	はい	いいえ
10	前回の予防接種後変わった事はありましたか？（発赤・発熱等　　）	はい	いいえ
11	本日体調の悪いところはありますか？（具体的な症状　　）	はい	いいえ
12	現在、免疫抑制剤やステロイドの治療を受けていますか？	はい	いいえ
13	6か月以内に輸血やガンマグロブリン（注１）の投与を受けましたか?	はい	いいえ

（注１）ガンマグロブリン：血液製剤の一種で重症感染症の治療目的などで投与されることがあり、これを３～６か月以内に受けた方は麻しんなどの予防接種の効果が十分でないことがあります。

14

≪注意事項≫

・接種当日はできるだけ**安静**にし、**飲酒、喫煙、激しい運動は避けて**ください。

・予防接種後は**副反応**として稀に**軽いだるさ、頭痛、発熱、悪寒**など出現する場合がありますが、**2～3日中には改善**されます。接種部位の**発赤、痛み、しこり**は**2週間程度で改善**されます。いずれも**改善されない場合は病院を受診**して下さい。

・高熱・痙攣・麻痺などの症状が起きた場合は速やかに医師の診察を受けてください。

・接種後、**気分不快、痙攣、意識消失等**の症状が出現する恐れがあります。**接種後20～30分は院内で様子をみていただき**、症状がないことを確認してからお帰り下さい。

・**注射生ワクチン**（おたふく・麻疹・風疹・MR・水痘）**を接種された方は、4週間以内は注射生ワクチンの予防接種はできません**のでご注意下さい。**★生ワクチンを接種された方は、接種後2ヶ月間の避妊が必要です。**

予防接種の効果や目的、副反応等について理解した上で接種を希望しますか。

はい　　見合わせる　　本人サイン

▼ これより以下は記入しないで下さい。

≪本日の予防接種内容≫								問診担当者	接種担当者
破傷風	DPT	A型肝炎	B型肝炎	日本脳炎	髄膜炎	Tdap	ポリオ		
腸チフス	狂犬病	MR	おたふくかぜ	水痘	その他（　　）				

接種年月日	医師記入欄	医師サイン
	接種　可・否	

トヨタ記念病院　海外渡航科