

まるがめ医療センター 渡航ワクチン外来 事前問診票

受付 ()

ID: _____ 予約日: 年 月 日 () :

氏名: _____ 年齢: 歳 性別: 男・女

生年月日 (T/S/H/R) 年 月 日 電話番号: _____

住所: 〒 _____

1. 渡航に関連する内容

国籍	日本 それ以外 ()
渡航する国/地域、滞在都市	
経由地・移動手段	
渡航目的	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 帯同 <input type="checkbox"/> その他 ()
渡航の期間	() 日間
出発予定日	年 月 日
滞在先の環境	<input type="checkbox"/> 都市部 <input type="checkbox"/> 農村部 <input type="checkbox"/> その他 ()
これまでのワクチン接種歴	
希望するワクチンがありますか?	
絶対に接種が必要なワクチンは? (特に、留学生はご注意ください)	
ワクチンにかけられる予算は?	<input type="checkbox"/> 自費 (約 円) <input type="checkbox"/> 会社負担
接種証明書の発行は必要ですか?	いいえ はい (英語 日本語)

これまでの渡航歴	
----------	--

2. 一般的な内容

現在の治療中の病気がありますか？	いいえ はい（ ）
現在、何か薬を使用していますか？	いいえ はい（ ）
免疫不全と診断されたことがありますか？	いいえ はい（ ）
最近、4週間以内にワクチン受けましたか？	いいえ はい（ ）
最近、1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	いいえ はい（ ）
ガンマグロブリン製剤の投与を受けた事がありますか？	いいえ はい（ ）
ワクチン・薬剤などに対するアレルギーがありますか？	いいえ はい（ ）
以前、ワクチン接種時に何か問題がありましたか？	いいえ はい（ ）
【女性の方】現在、妊娠の可能性はありますか？	いいえ はい（ ）

問診日： 年 月 日

問診者： _____

【注意事項】

- 渡航ワクチン外来は**自費診療での受診**となります。
- ワクチン接種費用に加えて、診察料がかかります。（診察料：3,300円）
- ワクチン接種証明書料が必要な方は別途5,500円が必要です。

【受診当日に持参する物】

- 母子健康手帳（これまでのワクチン接種歴を正確に把握するため）
- 予防接種手帳（母子手帳以外にワクチン接種歴が分かるものがあればご持参ください）
- パスポート（英語のワクチン接種証明書が必要な方のみ持参）
- 保険証