

黄熱予防接種問診票

Yellow fever vaccination Inquiry

札幌医科大学附属病院

令和 年 月 日

ふりがな 受ける人の氏名 Name		<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female
パスポートに記載の ローマ字表記			
生年月日(西暦) Date of birth	年/月/日 yyyy/mm/dd	年齢: 満 歳 か月 Age: y m	
保護者の氏名(18歳未満) Name of parent or guardian		体重(16歳未満) Body weight:	kg
住所 Address:	〒 -	電話番号 Telephone no.	
緊急連絡先 emergency contact	関係 relationship:	電話番号 Telephone no.	
渡航先 Destination:		渡航目的 Purpose of the trip	<input type="checkbox"/> 仕事 business <input type="checkbox"/> 観光 sightseeing <input type="checkbox"/> 留学 study abroad <input type="checkbox"/> その他 other()
出発予定日 Scheduled departure date	/ / <input type="checkbox"/> 未定 undecided	滞在期間 Expected length of trip	<input type="checkbox"/> 未定 undecided ()年間years、()か月間months、()日間days

これは大切なことですので正しく記入してください。小児の場合、保護者が記入してください。

Please fill out this form correctly. For children, this form must be completed by a parent or guardian.

1	本日の体調はいかがですか。 How is your condition today?	<input type="checkbox"/> 良い Good <input type="checkbox"/> 悪い Bad condition	診察前の体温 Body temperature	℃
2	現在、以下の病気にかかっていますか、又は治療をしていますか。 Are you suffering from any of the following diseases or taking a treatment for any of the following? <input type="checkbox"/> 発熱性疾患 Fever <input type="checkbox"/> 腎臓病 Renal disease <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 心臓病 Heart disease <input type="checkbox"/> 肝臓病 Liver disease <input type="checkbox"/> かぜ Common cold <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma <input type="checkbox"/> 皮膚病 Skin disease <input type="checkbox"/> 神経の病気 Nervous system disease <input type="checkbox"/> 歯科の病気 Dental disease <input type="checkbox"/> 血液の病気 Blood disease <input type="checkbox"/> 免疫不全症 Immune deficiency syndrome <input type="checkbox"/> 放射線療法 Radiotherapy <input type="checkbox"/> 化学療法 Chemotherapy <input type="checkbox"/> その他 other()	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO	
3	現在、何か薬を飲んでいませんか。 Are you taking any medications? 薬名 Name of medicine	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO	
4	以前に入院するような病気にかかったことはありますか。 Have you ever been hospitalized for any medical treatment? 病名 Name of disease :	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO	
5	1か月以内に麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ、新型コロナウイルス感染症 その他感染症にかかったことがありますか。 あなたの家族、同僚などに感染症にかかった方がいましたか? Have you been suffered from measles, rubella, chickenpox, mumps, COVID-19 or other infectious diseases in the past month? Has anyone in your family, coworkers, etc. had an infectious disease? 詳細 Details:	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO	
6	3か月以内に、輸血やガンマグロブリンの投与を受けたことがありますか。 Have you had a transfusion (blood, plasma or γ -globulin) within 3 months?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO	
7	4週間以内に他の予防接種を受けましたか。 Have you had any vaccination in the past 4 weeks? <input type="checkbox"/> 麻疹 Measles (/) <input type="checkbox"/> 風しん Rubella (/) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ Mumps (/) <input type="checkbox"/> 水痘 Chickenpox (/) <input type="checkbox"/> BCG TB-vaccine (/) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 COVID-19 (/) <input type="checkbox"/> その他 Other vaccines:	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO	

※裏面もあります

8	女性の方のみ	現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性はありますか。 Are you pregnant or is there a possibility that you get pregnant?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO
	Women only	現在、授乳していますか。 Are you currently breast feeding ?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO

小児(16歳未満)の場合は、引き続き以下の質問にも答えてください。

If the inoculator is under 16 years of age, please also continue to answer the following questions.

9	予防接種を受けるお子さんは、分娩時に何か異常がありましたか。 Did you have any health problems at birth?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO
10	乳児検診で異常があると言われたことがありますか。 Has a healthcare provider told you that your child had problems such as growth retardation or delayed development?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO
11	1年以内に、けいれんやひきつけを起こしたことがありますか。 Did your child have a seizure in the past year?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO
12	ご家族、ご親類の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。 Does the child have a family member or relative with congenital immunodeficiency?	<input type="checkbox"/> はい YES	<input type="checkbox"/> いいえ NO

黄熱の予防接種に関する説明を受け理解しましたので、予防接種を受けることに同意します。

I fully understood the information given about vaccination, results of medical examination and cautions after vaccination.

I request that I or my child named above will be immunized.

本人又は保護者の同意の署名

Signature (If minor, signature of a parent or guardian) _____

《担当医師所見》

予防接種に対する被接種者又は保護者の同意 (得られた ・ 得られなかった)

使用ワクチン	黄熱ワクチン1人用	接種可否の判定	可	/	否
メーカー名	Sanofi Inc.	担当医師署名	_____		
用量	0.5ml				
接種方法	皮下接種				
ロット番号					
接種部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> その他()				