

## 予防接種相談票（初診）

ご本人： (      歳      カ月)  
 記入者： (続柄：      )

1. 当センターで予防接種を希望する理由をお書きください。  
 (      )
2. 当センターをどこで知りましたか。  
 a. 紹介元から勧められた    b. インターネット    c. その他 (      )
3. 希望する予防接種に○をつけてください。  
 BCG、四種混合、三種混合、二種混合、不活化ポリオ、経口生ポリオ、麻しん・風しん混合、日本脳炎、Hib(ヒブ・インフルエンザ菌b型)、肺炎球菌、子宮頸がん、ロタウイルス胃腸炎、おたふくかぜ、水痘、A型肝炎、B型肝炎、破傷風、狂犬病、インフルエンザ、その他 (      )
4. 生まれた時の体重は (      ) gで、出生前後に異常がありましたか。    a. はい    b. いいえ
5. アトピー性皮膚炎・喘息・じんましん・鼻炎などのアレルギーがありますか。    a. はい    b. いいえ  
 (病名：      )
6. 下記の予防接種を受けましたか。

予 防 接 種 区 分	1 回 目	2 回 目	3 回 目	4 回 目
BCG	年 月 日			
四種(ジフテリア・百日ぜき・破傷風・ポリオ)混合	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
三種(ジフテリア・百日ぜき・破傷風)混合	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
二種(ジフテリア・破傷風)混合	年 月 日			
不活化ポリオ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
経口生ポリオ	年 月 日	年 月 日		
麻しん・風しん混合	年 月 日	年 月 日		
(      )	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
Hib(ヒブ・インフルエンザ菌b型)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
肺炎球菌 (      価)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
子宮頸がん (      価)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
ロタウイルス胃腸炎(      価)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
おたふくかぜ(ムンプス)	年 月 日			
水痘(水ぼうそう)	年 月 日			
A型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
破傷風	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
狂犬病	年 月 日	年 月 日	年 月 日	

海外に渡航予定の方は、裏面に続けてお書きください。

以下、海外渡航予定の方は書きください。

## 国際外来相談票

お名前：  
\_\_\_\_\_

1. 国際保健外来 相談内容をお書きください。

予防接種の実施・英文の予防接種証明書・その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 海外渡航の目的について

海外赴任家族・留学・移住・帰国・一時帰国・観光・世界一周・その他

3. 渡航する家族： 単身・家族（ \_\_\_\_\_ 名）

4. 予定期間： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に出発し、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月間

5. 一時帰国の予定： あり（約 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ カ月後） ・ なし

6. 渡航先： \_\_\_\_\_ 国 \_\_\_\_\_ 州・市・郡

7. 渡航後の住居： 都市部および郊外・過疎地・観光地・その他（ \_\_\_\_\_ ）

8. 予想される衛生状態： 良好・不良・不明

9. 入学予定の教育機関： あり（現地校・日本人学校） ・ なし

（名称： \_\_\_\_\_ 幼稚園・小学校・中学校・高校・大学・その他）

以下は、赴任の場合のみ記入してください。

1. 赴任先の所属： 企業・公務員・その他（名称： \_\_\_\_\_ ）

2. 仕事内容： 室内業務（デスクワーク等）

\_\_\_\_\_ 室外業務（具体的に： \_\_\_\_\_ ）