接種機関名：横浜検疫所

別紙7-1

受付番号	接種時間

みほん

月日　5 年 4 月 1 日

黄熱予防接種問診票

※太字枠内を記入してください。

フリガナ	ヨコハマ　ケンエキ	電話番号	
氏名	横浜　検疫		０４５－２１２－０５２０
氏名ローマ字(パスポートの表記と同一のもの)		緊急時電話番号	
	YOKOHAMA　KANEKI		０９０－××××－○○○○
住所	〒 231 － ０００１	保護者氏名　※接種希望者が小児の場合	
	神奈川県横浜市中区新港1-6-1 よこはま新港合同庁舎６階		横浜　花子

生年月日	年齢	性別	国籍
2020 年 11 月 11 日生	満 4 歳	☑男性　☐女性	日本

職業	無　職	渡航先	ブラジル
出発予定日	2025 年 5 月 6 日	滞在期間	1週間
渡航目的	(観光)・仕事・留学・その他(　)	黄熱ワクチン接種回数	☑初回　☐追加(　)回目
本日の体温	36．7 ℃	本日の体調	☑良い　☐良くない

現在、以下の病気にかかっている、又は治療していますか。いずれもない場合は該当なしにチェックしてください。

☐発熱性疾患　☐腎臓病　☐糖尿病　☐心臓病　☐肝臓病　☐かぜ
☑喘息　☐皮膚病　☐神経の病気　☐歯科の病気　☐血液の病気　☐免疫不全症
☑その他(　花粉症　)　☐該当なし　※該当するものに☑を記入してください

上記のいずれかの病気又は治療に該当する場合、今回のワクチン接種について、主治医から許可を得ていますか。	☑はい　☐いいえ
これまでに免疫の低下(免疫不全)と診断されたことはありますか。	☐はい　☑いいえ
現在、何か薬を使用していますか（例えば、ステロイド、抗がん剤、生物学的製剤など）。	☑はい　☐いいえ
薬剤名:　アレロック、モンテルカスト、アドエア（吸入薬）	
これまでに入院するような病気にかかったことはありますか。	☐はい　☑いいえ
詳細:	
１か月以内に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう、インフルエンザにかかりましたか。	☐はい　☑いいえ
１か月以内にあなたの家族や同僚、小児の場合は遊び仲間等に麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザ等にかかっている方はいましたか。	☐はい　☑いいえ
胸腺疾患（重症筋無力症を含む）になったことや胸腺摘除を受けた事はありますか。	☐はい　☑いいえ
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。	☐はい　☑いいえ
１か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた場合は、接種日も記入してください。	☑はい　☐いいえ

☐A型肝炎(　/　)　☐B型肝炎(　/　)　☐破傷風(　/　)　☐狂犬病(　/　)　☐日本脳炎(　/　)
☑腸チフス(4 / 14)　☐肺炎球菌(　/　)　☐髄膜炎菌(　/　)　☐ポリオ(　/　)　☐インフルエンザ(　/　)
☐コレラ(　/　)　☐麻疹(　/　)　☐風疹(　/　)　☐麻疹・風疹混合ワクチン(MR)(　/　)
☐3種混合(PDT:百日咳・ジフテリア・破傷風)(　/　)　☐4種混合(DTaP-IPV:ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)(　/　)
☐水痘(　/　)　☐おたふくかぜ(　/　)　☐新型コロナウイルス(　/　,　/　)　☐その他(　)(　/　)

卵や鶏肉、ゼラチンなどの食べ物でアレルギー反応が出た事がありますか。	☐はい　☑いいえ
消毒用アルコールで、皮膚が赤くなったことがありますか。	☐はい　☑いいえ
薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか。	☐はい　☑いいえ
家族に薬や予防接種で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなった人はいますか。	☐はい　☑いいえ
（女性のみ）現在授乳中、妊娠中、又は妊娠している可能性はありますか。	☐はい　☐いいえ

※裏面も記入してください。

※小児の場合は保護者の方が以下も記入してください

お子さんの年齢（月齢まで）	満 4 歳 4 か月	
お子さんの出生時体重・週数	出生時体重(3000) g ／週数(38)週	
分娩時に何か異常がありましたか。		☐はい ☑いいえ
乳児検診で異常があると言われたことがありますか（発達の遅れなど）。		☐はい ☑いいえ
１年以内にけいれんやひきつけをおこしたことがありますか。		☐はい ☑いいえ
あなたのお子さんの中に、先天性免疫不全と診断されている方はいますか。		☐はい ☑いいえ

医師記入欄

〇診察所見（視診・咽頭所見・心音・触診・その他身体的所見）

特記すべき事項（ なし ・ あり ）※ありの場合は以下に詳細を記載

＜接種情報＞

ワクチン名： YF-VAX

メーカー名： Sanofi,I

用法・用量： 0.5mL 皮

ロット番号：

使 用 期 限：

接 種 部 位： ☐左腕

☐右腕

☐その他( )

記入不要

・以上、問診及び診察の結果、本日の予防接種の可否 ☐可 ☐不可

・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

接種日・接種時間

20 年 月 日 ：

担当医師の署名

予防接種に関する説明、問診及び診察の結果、接種後の注意事項の説明を受け理解しましたので、本日の予防接種を受けることに同意いたします。

本人又は保護者の同意署名

横浜　花子