

予防接種予約票

別紙 1

接種希望日:①	月	日	②	月	日	③	月	日
出発予定日	年	月	日	渡航先				
滞在期間	年間	月間	週間	日間	渡航目的 □仕事 □観光 □留学 □その他()			
ふりがな				性別	□男	□女		
氏名				生年月日(西暦)	年	月	日生(満	才)
ローマ字表記(パスポートに記載のもの)				国籍	□日本	□その他()	*外国籍の場合パスポート顔写真ページのメール送付必須	
(18才未満の場合)保護者の氏名・続柄・連絡先等				連絡先電話番号				
緊急連絡先(本人以外)				住所				

問診項目

1	過去に黄熱の予防接種を受けたことがありますか	□はい □いいえ
1の質問で『はい』の方は2の質問へ 『いいえ』の方は3の質問へ		
2	()回目 前回接種時期() 副反応はありましたか	□はい □いいえ
3	以前に薬、点滴、予防接種などで具合が悪くなったり、蕁麻疹やアレルギーがみられたことがありますか	□はい □いいえ
3の質問で『はい』の場合の詳細		
4	卵、鶏肉、ゼリー(ゼラチン)を食べて蕁麻疹やアレルギーがでたことはありますか	□はい □いいえ
4の質問で『はい』の場合の詳細		
5	蕁麻疹・喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎になったことがありますか	□はい □いいえ
5の質問で『はい』の場合の詳細(アレルゲン検査の有無等)		
6	前後4週間以内に他の予防接種を受けましたか、または予定されていますか	□はい □いいえ
6の質問で『はい』の場合の詳細		
7	過去に入院や手術をする病気、怪我等をしたことはありますか	□はい □いいえ
7の質問で『はい』の場合の詳細 ・病名 ・時期		
8	現在治療中の病気や内服中の薬及び注射薬がありますか	□はい □いいえ
8の質問で『はい』の場合の詳細 ・病名 ・薬剤名(抗がん剤・免疫抑制剤) □受診中の方は、黄熱ワクチンを接種することを主治医に相談し、接種の許可を必ず得てください		
9	1ヶ月以内に、麻しんやおたふくかぜ等ウィルス性疾患にかかったことがありますか 又は家族にそのような方がいますか	□はい □いいえ
9の質問で『はい』の場合の詳細		
10	<女性の場合>授乳中、妊娠中あるいは、現在妊娠している可能性がありますか *1接種後、妊娠を2ヶ月、授乳を1ヶ月控えること *2授乳中、母子共に接種する場合でも授乳を控える必要あり	□はい □いいえ

<病院使用欄> □接種可 □接種不可

裏面もご記載ください

□以下の注意事項を確認し、了承して予約を申し込みます。 (確認後、✓を記入してください。)

(予約票について)

- お答えいただいた内容に変更が生じた場合、特に他の予防接種の予定が入った場合は必ずお電話(045-316-4580)で感染症内科外来にご連絡ください。

(接種日当日について)

- 受付時間は12:30です。1F新患受付に、必ず時間厳守でご来院ください。
 - 当日朝、体温測定をお願いします。37.5℃以上の発熱や風邪症状がある場合は接種できないことがありますので、体調を整えてご来院ください。体調不良等の場合は、必ずお電話(045-316-4580)で感染症内科外来に連絡をお願いします。
 - 当院のホームページに、当日使用する問診票があります。可能であればダウンロードし、わかる範囲で必要事項を記入していただくと、受付がスムーズです。
- また、接種当日の問診または問診結果により、接種を受けられない場合がありますので、ご了承ください。

(持ち物)

- **収入印紙**：予防接種に関わる手数料は、17,680円です。
支払いに、現金・クレジットカード等は使用できません。郵便局等で、17,680円の収入印紙をご用意ください。

また、当院ではお釣りを出せませんので、ご了承ください。

- ※家族で接種を受ける場合でも合算はせず、必ず1人分ずつ、17,680円の収入印紙を用意してください。

- パスポート(原本)又はその写し

(接種後について)

- 接種後は副反応がないか確認するため、病院内で30分待機していただきます。接種当日のアルコール摂取、激しい運動はお控えください。

(キャンセル、日程変更について)

- キャンセルする場合は、必ずお電話(045-316-4580)で感染症内科外来にご連絡ください。日程変更は、予約の空きがある場合に限り可能です。

(その他)

- 黄熱ワクチン接種後10日経過せずに出発、入国する場合、渡航後に副反応発生のリスクがあります。

〈異なる種類のワクチンを接種する際の接種間隔〉

2020年10月1日から

