

# 藤が丘オーキッドファミリークリニック予診票

記載日 年 月 日

住所	〒		TEL			
氏名	ふりがな	性別 男・女	年齢 才	生年月日	S・H・R	年 月 日
(未成年の場合) 保護者氏名	ふりがな					

☆海外渡航される方は下記もご記載下さい。

ローマ字・英語名 (パスポートと同記載)	生年月日 (西暦)			
E mail adress	携帯電話			
勤め先 (企業名)				
渡航先 国名	都市名	出発日	年 月 日	滞在期間
入学予定学校名 (英語)				
渡航目的 海外赴任 (ビジネス) ・ 赴任帯同 ・ 留学 ・ 旅行 ・ その他 ( )				

☆予防接種/予防薬、検査、必要書類、お支払方法について、ご希望の項目に○をつけてください。

☆予防接種 / 予防薬

<p>A型肝炎 ・ B型肝炎 ・ 狂犬病 ・ ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ (DTP or DPT-IPV or Tdap) ・ 腸チフス</p> <p>麻疹 ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ ダニ媒介脳炎 ・ インフルエンザ ・ 髄膜炎菌</p> <p>マラリア予防薬 ・ 高山病予防薬 ・ 下痢止め (胃腸薬) ・ 時差ボケ対策薬 ・ 酔い止め薬</p> <p>風邪薬 ・ 鎮痛剤 ・ 軟膏類 ・ その他 ( )</p>
--

☆検査

<p>抗体検査 ・ 抗原検査 ・ 健康診断 ・ 胸部レントゲン検査 ・ 結核検査 ・ PCR (証明書発行含む) ・ その他 ( )</p> <p>(ツベルクリン反応/T-SPOT)</p>
---

☆必要書類 (PCR検査は陰性証明等、書類発行が含まれているため、記載不要です)

<p>和文診断書 ・ 英文診断書 ・ 留学用学校書類 ・ 簡易英文母子手帳 ・ 健康診断書 ・ その他 ( )</p> <p>書類希望納期 : 年 月 日</p> <p>※書類の内容によってはお時間をいただく場合もございます。お急ぎの場合はお知らせください。</p>
---

☆お支払い方法 (クレジットカードのご使用は自費診療のみとさせていただきます)

<p>現金 / カード (VISA/Masterカード一括のみ)</p> <p>会社名義領収書の発行 必要 ・ 不要</p> <p>(必要な場合) 宛名 : _____</p>
--

# 藤が丘オーキッドファミリークリニック予防接種予診票

受ける人の氏名 \_\_\_\_\_

記載日

年

月

日

今日の体温は何度でしたか？	度	分
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？ 病名・具合の悪いところ（ ）	はい	いいえ
最近、1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 治療を受けていますか？ その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？	はい	いいえ
1か月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそうにかかりましたか？ または2週間以内にそれらの患者さんと接触しましたか？	はい	いいえ
1か月以内に予防接種をうけましたか？ 受けた予防接種名（ ）	はい	いいえ
特別な病気にかかったことがありますか？ (先天性異常、心臓病、腎臓病、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？	はい	いいえ
けいれん（ひきつけ）を起こしたことはありますか（ ） その時、熱は出ましたか？	はい	いいえ
薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんが出たり、下痢になったり、 体調が悪くなったことがありますか？ 薬品・食品名（ ）	はい	いいえ
これまで、予防接種を受けて、具合が悪くなったことはありますか？ 予防接種名（ ）	はい	いいえ
家族や親せきで、予防接種を受けて、具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
6か月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい	いいえ

## 医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる / 見合わせた方が良い）と判断します。  
本人（もしくは保護者）に対して予防接種の効果・副反応及び救済制度について説明しました。

医師署名または記名捺印

## 本人または保護者記入欄

医師の診断・説明を受け、予防接種の効果・目的・副反応の可能性などについて理解したうえで、接種することに  
（同意します / 同意しません）

本人 または 保護者署名（18歳未満の場合）

## 藤が丘オーキッドファミリークリニック予防接種予診票

名前:

年齢

記載日

ワクチンの種類	接種日(西暦)			
	1回目	2回目	3回目	4回目
BCG				
4種混合(DPT-IPV)				
3種混合(DPT)				
2種混合(DT)				
ポリオ				
麻疹				
風疹				
MR/MMR				
おたふくかぜ				
水痘				
日本脳炎				
B型肝炎				
A型肝炎				
A+B型肝炎混合				
ロタウイルス				
Hib				
肺炎球菌				
髄膜炎菌(ACWY)				
髄膜炎菌(B)				
腸チフス				
狂犬病				
ダニ媒介脳炎				
HPV(子宮頸癌)				
コレラ				
インフルエンザ				