感染症内科　問診票

記 載 日	年　　月　　日	体　温	℃
住　　所	TEL		
氏　　名		性　別	男　・　女
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日　（　　歳）		

1.受診理由 1）ワクチン接種　理　由（　海外渡航　・　その他（　　）） 渡航先（　　） 出発日（　　年　　月　　日）　帰国日（　　年　　月　　日） 2）抗体検査　理　由（　　） 3）その他　理　由（　　）	
2.希望するワクチン	1）狂犬病　・　腸チフス　・　ダニ媒介脳炎　・　Tdap(輸入) 2）マラリア予防薬　・　高山病予防薬 3）その他（　　） 4）医師と相談
3.他院で接種した/するワクチン	1）あり（　　） 2）なし
4.現在治療中の病気	1）あり（　　） 2）なし
5.現在使用中の薬	1）あり（　　） 2）なし
6.半年以内の輸血・グロブリン投与歴	1）あり　　2）なし
7.アレルギー	1）あり（ 卵・ゼラチン・その他（　　）） 2）なし
8.過去のけいれん歴	1）あり　　2）なし
9.現在の妊娠	1）あり　　2）なし

市立札幌病院