ID:

感染症科　　問診票

記 載 月 日	年　　月　　日	診察前の体温　　℃	
住　　所	TEL		
氏　　名		性別	男　・　女
生 年 月 日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）		

*右の回答欄の該当する項目を〇で囲んでください。

１・本日の受診の理由を教えてください。　*理由もお書きください。例：海外（国名）で犬に噛まれた　など １）ワクチン接種　（理由：　　） ２）抗体検査　　（理由：　　） ３）その他　　（理由：　　）	
２・希望されるワクチンはなんですか？ （〇で囲んでください。）	１）Ａ型肝炎・Ｂ型肝炎・狂犬病・破傷風・日本脳炎 ２）その他（　　） ３）医師と相談 ４）なし
３・乳幼児期に３種混合ワクチンはしていますか？ （ジフテリア・百日咳・破傷風）	１）はい　　２）いいえ ３）わからない
４・現在使用している薬はありますか？	１）あり　　２）なし ・薬名（　　）
５・現在、治療中の心臓・肝臓・腎臓の病気がありますか？	１）あり　　２）なし ・病名（　　）
６・食品・薬品でアレルギーを起こしたことがありますか？	１）あり　　２）なし （卵　・　牛乳　・　その他　　）
７・過去１年間に、痙攣（けいれん）症状を起こしたことはありますか？	１）はい　　２）いいえ
８・現在、妊娠されていますか？	１）はい　　２）いいえ
９・マラリアの予防内服薬は必要ですか？	１）はい　　２）いいえ