

MEITETSU HOSPITAL

黄熱予防接種 予診票

- このページでは、黄熱ワクチンを接種する上で必要な事項をお伺いします。
- 以下のフォームより、必要事項を入力のうえ送信してください。

予約日	2024-12-01
Name (名前 英語)	Kikuchi Hitoshi
Email	KikuchiHitoshi@meitetsu-hpt.jp

お名前 漢字	菊池均
お名前 かな	きくち ひとし
電話番号	0525516121
連絡先	<input type="radio"/> 1. 自宅 <input checked="" type="radio"/> 2. 勤務先
緊急時連絡先	0525516126

国際証明書への記載事項。パスポートの記載と同じ内容で。

SEX (性別)	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
BIRTHDAY (生年月日)	1963/11/22 <input type="text"/> (パスポートに記載されている誕生日)
Nationality (英語で.例: JAPAN)	JAPAN

★★問診事項

黄熱ワクチン接種回数	<input checked="" type="radio"/> 1. 初回 <input type="radio"/> 2. 2回目以降
予約時刻	<input checked="" type="radio"/> 1. 13時30分(午後1時半) <input type="radio"/> 2. 14時30分(午後2時半)
渡航日	2024/03/10 <input type="text"/>
渡航期間	1年
渡航目的	<input type="radio"/> 1. 観光 <input checked="" type="radio"/> 2. 出張 <input type="radio"/> 3. 赴任・帯同 <input type="radio"/> 4. JICA <input type="radio"/> 5. 緊急援助隊 <input type="radio"/> 6. VFR <input type="radio"/> 7. 他
渡航先国	ガーナ
経由国	カタール

【ワクチン歴】

最近1か月前後の間に他のワクチンを受けたり、受けますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
4週間以内に生ワクチンを接種していますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ

生ワクチンは、麻疹、風疹、MR(麻疹・風疹混合)、おたふくかぜ、水痘などです。	
4週間未満には黄熱ワクチンを打てません。	
2週間以内にコロナワクチンを接種していますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
2週間未満には接種できません。	
4週間以内にそれ以外のワクチンを接種していますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 狂犬病 带状疱疹 破傷風、DPT 髄膜炎菌 子宮頸がん BCG 带状疱疹 インフルエンザなどは、 打っていても黄熱ワクチンは接種できます。	

【病歴】

現在何か病気をお持ちですか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
治療中の薬はありますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
治療中の薬剤名：	<input type="text"/>
担当医から、黄熱ワクチン接種可能といわれましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ <input type="radio"/> 3. 該当なし
過去にけいれんを起こしたことはありますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. 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ましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
過去に何か病気をしたり手術を受けましたか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
鶏卵を食べられますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
1か月以内に次の感染症にかかりましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
麻疹(はしか)、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそう、インフルエンザ、新型コロナなど	
薬や予防接種でアレルギーや副作用が出たことはありますか	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
鶏卵や鶏肉、豚肉やゼラチンを食べられませんか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
1か月以内にそれらの病気の人の接触はありましたか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
現在妊娠している可能性はありますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
妊娠中は接種不可です。	
現在授乳はしていますか？	<input type="radio"/> 1. はい <input checked="" type="radio"/> 2. いいえ
母児同時接種であれば、授乳継続可能。それ以外は医師に相談	

戻る

次へ

リセット