



トラベルワクチン問診表 【海外渡航者用】

ふりがな	
【氏名】	【生年月日】(S/H/西暦) 年 月 日生 ( )歳
【住所】	
【電話番号】	【メールアドレス】

問診内容によっては後日ご連絡させていただく場合がありますので、連絡可能な電話番号又はメールアドレス(『@yamamoto-women.com』受診可能設定にしてください)をご記入下さい。

●渡航先・出発日・滞在期間・目的をご記入下さい。( )内は選択

【国】	【州/市】	( 都市部・郊外地域 )
【出発】	年 月 日	【滞在期間】 ( 年・月・週 ) 間
【目的】	( 観光・留学・出張・出向 )	

●希望する予防接種などを選択してください。

破傷風(三種混合)・A型肝炎・B型肝炎・日本脳炎・麻疹・風疹・水痘・おたふく  
 狂犬病・腸チフス・コレラ・ダニ脳炎・髄膜炎・ツベルクリン反応・抗マラリア薬  
 血液検査(抗体検査・健康診断(※))・英文証明書の作成(※)  
 その他:

(※)規定の内容・書式がある方は必ず問診表とともにあらかじめFAXをお願いします。

●母子手帳・予防接種記録などを参照に、今まで受けた予防接種の記録をご記入下さい。

ツベルクリン反応	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
BCG	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
三種混合(DPT)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
四種混合(DPT-IPV)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
二種混合(DT)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ポリオ(OPV・IPV)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
MR(麻疹風疹混合)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
麻疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
風疹	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
水痘(水ぼうそう)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
おたふく(ムンプス)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
日本脳炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
B型肝炎	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ヒブ	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
小児肺炎球菌	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

注意: 年号は西暦又は和暦(昭和・平成)に統一し、わかるよう記入をお願いします。

●受診日時のご予約は診察時間内にお電話にて事前をお願いします。

【山本ウィメンズクリニック 予防接種外来】

Tel:0567-33-1177 FAX:0567-33-1176