海外渡航ワクチン事前確認票

○基本情報

診察券番号（お持ちの方）		ふりがな	
生年月日(西暦)	年　月　日	氏名	
性別	男　・　女	電話番号	
住所	〒		

○渡航先情報

渡航先①（国名）		渡航期間	西暦　年　月　日～　年　月　日
渡航先②（国名）		渡航期間	西暦　年　月　日～　年　月　日

○過去の渡航歴

渡航先（国名）		渡航期間	西暦　年　月　日～　年　月　日
渡航先（国名）		渡航期間	西暦　年　月　日～　年　月　日

○予防接種接種状況

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
BCG	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
4種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
3種混合 (ジフテリア、百日咳、破傷風)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
2種混合 (ジフテリア、破傷風)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
ポリオワクチン	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
麻しん（はしか）	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
風しん	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
MR(麻しん・風疹)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
日本脳炎	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
インフルエンザ菌b型(Hib)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
小児肺炎球菌	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
B型肝炎	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
ロタウイルスワクチン	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
水ぼうそう	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
おたふく	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
新型コロナウイルスワクチン	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
その他(　　)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
その他(　　)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
その他(　　)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
その他(　　)	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日

※母子手帳等をご確認ください

2025/12/5更新

海外渡航ワクチン事前確認票

○海外渡航ワクチン接種状況

ワクチン名	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	西暦　年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日

○既往歴

風しん	なし	あり（　　才頃）	わからない
はしか	なし	あり（　　才頃）	わからない
おたふく	なし	あり（　　才頃）	わからない
水ぼうそう	なし	あり（　　才頃）	わからない
麻しん	なし	あり（　　才頃）	わからない
その他（　　）	才頃		
その他（　　）	才頃		
新型コロナウイルス感染症	なし	あり（西暦　　年　　月）	わからない

※記入後当院窓口までお待ちいただくか、郵送をお願いします。
※お持ちいただく場合は、母子手帳も併せてお持ちください。
・宛先は、【中津川市民病院　小児科外来　海外渡航ワクチン事前確認票　在中】と記載してください。
※平日15時から17時の間に当院よりお電話いたします
※回答をもとに接種ワクチン、予約等を決定いたします。
※海外渡航ワクチンに関する問い合わせは、14時から16時までにお願いします

2025/12/5更新