

Vaccination Inquiry Form (General) 一般的予防接種前予診票

Year Month Day
20 年 月 日

It is very important to know your medical history and state of health. All information given here is strictly confidential.
あなたの既往症と体調を事前に把握しておく事は大切な事です。個人情報の秘匿は守られます。

General Patient Information 患者の情報

フリガナ:
Last name 姓 First name(s) 名 _____
Male 男 Female 女 Occupation 職業 _____ Nationality 国籍 _____
Date of Birth 生年月日 Year: Month: _____ Day: _____ Address _____
Language(s) 言語 _____ in Japan _____
Phone number 電話 _____ 住所 _____
E-mail/fax メール・ファックス _____

Desired Vaccination(s) 予防接種の受診希望

Please select the vaccination(s) you wish to have. 今回希望する項目に印を付けてください

- Measles ハシカ HBV (Hepatitis B) B型肝炎 Pneumococcal vaccine 肺炎球菌 Flu インフルエンザ
 Rubella 風疹 Hepatitis A A型肝炎 Japanese B Encephalitis 日本脳炎 Mumps おたふくかぜ
 MR (Measles & Rubella) ハシカ・風疹混合 Chickenpox 水痘 HPV vaccine 子宮頸がん

Other (please write) 他 _____

Do you have a regular doctor from another clinic? かかりつけの医師は他の医療機関での

No Yes Was your doctor consulted about the above desired vaccination(s)? No Yes
かかりつけの医師に上記の予防接種に関して受ける事が出来るか否か聞きましたか

Have you had any vaccinations during the past month? 1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか

No Yes What? 何 _____ Date of vaccination: 受けた日 Month: ____月 Day: ____日

Have you ever become sick after having a vaccination? 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか

No Yes Please give details 詳細を書いて下さい _____

Illness and Surgical History 既往歴、手術歴

Please select any illnesses you have had. 該当する疾患に印をつけて下さい

- High blood pressure 高血圧 Kidney disease 腎臓病 Convulsions or Epilepsy けいれん・てんかん
 Diabetes 糖尿病 Liver disease 肝臓病 Tuberculosis 結核
 Heart disease 心疾患 Thyroid problems 甲状腺異常 Hepatitis B or C B/C型肝炎
 Cerebrovascular disease 脳血管疾患 Asthma 喘息 HIV エイズ

Other (please write) 他 _____

Have you had any operations before? 手術歴

No Yes What? 何の手術 _____

Have you had a blood transfusion? 輸血歴

No Yes What was it for? 何の為 _____

Do you tend to bleed much? 出血傾向 No Yes Not sure わからない

Family History 家族歴

Please select any illnesses your immediate family have had. 親族での

- High blood pressure 高血圧 Kidney disease 腎臓病 Cancer 癌
 Diabetes 糖尿病 Liver disease 肝臓病 Hereditary diseases 遺伝子関連疾患

Other (please write) 他 _____

Go to REVERSE SIDE

Allergies アレルギー

Have you ever been allergic to anything? (medicine, food, other) アレルギーの有無(薬、食べ物、他)

No Yes What? 何に

Have you had side effects caused by medicine? 薬の副作用の有無

No Yes Which medicine? 薬名

Have you had problems after having a local or general anesthetic? 全身又は局所麻酔歴

No Yes What? 何に

Questions for Women 女性への質問

Are you pregnant? 妊娠していますか

No Yes Not sure わからない

Are you currently breastfeeding? 今、授乳中ですか

No Yes

Are you taking contraceptive pills? 今、避妊用のピルを服用していますか

No Yes

Recent Health and Medication 最近の体調と投薬

Temperature: 体温 _____ °C

Does you have any physical complaints today? 今日体に具合が悪いところがありますか

No Yes What? 何

Have you been sick during the past month? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか

No Yes What? 何

Are you currently taking any prescribed or over-the-counter medicine(s)? 今、処方薬又は売薬を服用していますか

No Yes Which medicine(s)? 何の薬を

Bufferin Aspirin Warfarin ('Coumadin,' 'Warfilone,' 'Marevan')

Other: Please write the medicine name(s). 薬名を具体的に書いて下さい

Why are you taking it/them? 何の為

Treatment Preferences and Medical Fees 治療の希望と医療費

Do you have Japanese Health Insurance or private medical insurance? 日本の保険証又は他の私的医療保険証をお持ちですか

No Yes

Please return this form. Thank you.

Consent to Vaccination(s) 予防接種のコンセント

Patient's name: _____
患者の名前

Signature: _____
サイン

Date: 年月日 • Year: _____ Month: _____ Day: _____

Doctor's name: _____
医師の名前