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

Year 20__年 Month ____月 Day ____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 in Japan 日本での住所

Language(s) 言語

Phone number 電話・

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

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

◯ Other (please write) 他

Have you had any operations before? 手術暦
No ◯ Yes ◯ → What? 何の手術

Have you had a blood transfusion? 輸血暦
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
◯ Diabetes 糖尿病
◯ Kidney disease 腎臓病
◯ Liver disease 肝臓病
◯ Cancer 癌
◯ 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 _____