

風しん予防接種(妊娠希望者等)予診票

ワクチンの種類	麻しん風しん混合 ・ 風しん	診察前の体温	度 分
住 所		電話番号	
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名	男・女		
保護者の氏名			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種事故災害補償制度などについて理解した上で、接種することに(同意します ・ 同意しません)。※カッコの中どちらかを○を囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 受ける人(未成年の場合は、保護者)の自署 _____

質問事項(必要な所に○をつけ、内容を記入してください。)太字にチェックがある場合は、接種にあたって医師と相談してください。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 接種を受けられる方が女性の場合		
(1) 今妊娠してるあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい いいえ	
(2) 接種後、2か月間は避妊が必要なことを理解していますか。	いいえ はい	
2 麻しん及び風しんの予防接種について説明文を読みましたか。	いいえ はい	
3 風しん及び麻しん風しん混合ワクチンの効果や副反応について理解しましたか。	いいえ はい	
4 最近4週間以内に何か予防接種を受けましたか。(受けたワクチン名: _____)	うけた うけていない	
5 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。(いつ: _____)(理由: _____)	うけた うけていない	
6 今まで予防接種、薬、食品でアナフィラキシーという重いアレルギー反応をおこしたことがありますか。(原因: _____)	ある ない	
7 今まで予防接種、薬、食品で発疹、じんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。(原因: _____)	ある ない	
8 今日ふだと違って具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いてください。(内容: _____)	ある いいえ	
9 今、何か病気にかかっていますか。(病名: _____)	はい いいえ	
10 今、何か治療(投薬)をうけていますか。(治療内容、薬名: _____)	はい いいえ	
11 最近1か月以内に病気にかかったことがありますか。(病名: _____)	ある ない	
12 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)として、医師の診断を受けたことがありますか。(いつ: _____)(理由: _____)	ある ない	
13 9,10,11,12の場合、かかりつけ医に今日の予防接種を受けても良いといわれましたか。	いいえ はい	
14 最近1か月以内に家族あるいは周りに麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどに、かかった人がいますか。(誰: _____)(病名: _____)	いる いない	
15 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(年齢: _____歳)(回数: _____回)	ある ない	
ひきつけ(けいれん)をおこした時、熱はでましたか。	でなかった でした(°C)	
16 家族の中に予防接種で具合が悪くなった人はいますか。(誰: _____)(ワクチン名: _____)	いる いない	
17 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。(誰: _____)	いる いない	
18 今日の予防接種について、何か質問がありますか。(内容: _____)	ある ない	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)と判断します。

本人及び保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種事故災害補償制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名: Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種)0.5ml (接種部位) (左・右)上腕伸側部	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日