

風しんワクチン予防接種 予診票（任意接種用）

※接種希望の方は、**太ワク内**をご記入ください。

住 所		平川市		診察前の体温		度 分	
ふりがな				男・女		生年月日	
予防接種を受ける人の氏名				昭和・平成		年 月 日生	
保護者の氏名				(歳		ヵ月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかの予防接種を受けたことがありますか	(ある ワクチン)	ない	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名)	いいえ	
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	ある (具体的に)	ない	
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) にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある (具体的に)	ない	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いといわれましたか	はい	いいえ	
今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか	ある () ごろ () 回くらい 最後は 年 月 日 ごろ	ない	
そのとき熱が出ましたか	はい (°C)	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や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	ある (薬、食品名)	ない	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった人はいますか	いる (予防接種名)	いない	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
最近6ヵ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 (注)	はい	いいえ	
【ご婦人の方に】	1) 現在、妊娠しているか、妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ
	2) 接種後2ヵ月間の避妊について説明を受けましたか	はい	いいえ
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください (投薬状況など)			

医師記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明をしました。
医師署名又は記名押印

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)	署名 (本人もしくは保護者)
--	----------------

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. 有効年月日 年 月 日	皮下接種 0.5ml (右 ・ 左)	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。