

風しん・麻疹風しん予防接種予診票(任意接種用)

予防接種の種類	風しん・麻疹風しん混合	診察前の体温	度	分
住所		電話番号	()	
受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日	
保護者の氏名		(満 歳 ヲ月)		

質問事項(必要なところに○をつけ、内容を記入してください。)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 接種を受ける方が女性の場合 1) 今妊娠している、あるいは妊娠している可能性はありますか 2) 接種後、2カ月間は避妊が必要なことを理解していますか	はい いいえ	いいえ はい	
2. 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(受けた場合のワクチン名:	うけた	うけていない	
5. 最近6カ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. 今までに予防接種、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. 今までに予防接種、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. 今日ふだん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()	ある	ない	
9. 今、何か病気にかかっていますか (病名:)	はい	ない	
10. 今、何か治療(投薬)を受けていますか (治療内容、薬名:)	はい	いいえ	
11. 最近1ヶ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カ月以内に家族あるいは周りに麻疹、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. ひきつけを(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	
ひきつけを(けいれん)をおこした時、熱はでましたか	でなかった	でた(°C)	
16. 近親者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	いいえ	
17. 家族の中に先天性免疫不全と診断されている人はいますか (誰:)	いる	いいえ	
18. 今日の予防接種について、何か質問がありますか (誰:)	ある (誰)	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(実施できる・見合せの方がよい)と判断します。※いずれかに○をつけてください。
本人及び保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明をしました。

医師の署名又は記名押印 []

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応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)

※ かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

本人(未成年の場合は保護者)自署 []

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)有効期限がきれていないか確認	ml	実施場所 医師名 接種年月日