

風しん(単抗原・MR)ワクチン予診票

みなかみ町 任意接種用

| | | | |
|------|------------------------|----------------------------|----------|
| 氏名 | 性別 男・女 | 住所 | 利根郡みなかみ町 |
| 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 (歳) | 電話番号 (20歳未満の方) 保護者氏名 | |

| | 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|----|---|-----|-----|-------|
| 1 | 診察前の体温(接種場所で測ります) | 度 分 | | |
| 2 | 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 | |
| 3 | 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(ワクチン) | ある | ない | |
| 4 | 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか(具体的に:) | ある | ない | |
| 5 | 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(具体的に:) | ある | ない | |
| 6 | 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか(病名:) | はい | いいえ | |
| 7 | 最近1か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はいますか(病名:) | いる | いない | |
| 8 | 最近1か月以内に予防接種を受けましたか(予防接種名:) | はい | いいえ | |
| 9 | 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(具体的に:) | ある | ない | |
| 10 | 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(具体的に:) | ある | ない | |
| 11 | 【「ある」の場合】 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 | |
| 12 | 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか(歳ごろ、 回くらい)、(最後は 年 月ごろ)【「ある」の場合】 ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたが() | ある | ない | |
| 13 | 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(薬、食品名:) | ある | ない | |
| 14 | 近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか(予防接種名:) | いる | いない | |
| 15 | 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか | いる | いない | |
| 16 | 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか | はい | いいえ | |
| 17 | 【ご婦人の方に】 1)現在、妊娠していますか 最終月経 年 月 日から 2)接種後2か月間の避妊について説明を受けましたか | はい | いいえ | |
| 18 | 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

以上の問診及び診察の結果、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。本人もしくは保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康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 _____

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、予防接種健康被害救済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)*かつこの中のどちらかを で囲んでください。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、本予診票がみなかみ町に提出されることに同意します。

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 | (皮下接種) | 実施場所 |
| Lot | mL | 医師名 |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | | 接種年月日 平成 年 月 日 |

* 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ヶ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。

----- 切り取って母子健康手帳・健康手帳等に貼るようにご指示ください(医療機関で発行) -----

風しん(単抗原・MR)ワクチン接種済証

氏名 _____ 接種年月日 _____

生年月日 昭・平 年 月 日 医療機関名 _____ 医師名 _____