

# 麻しん風しん 第3期・第4期 予防接種予診票

 専門医紹介

診察前の体温	度	分	(平熱	度	分)	受診番号	11								21
住 所	相模原市					電 話	22	( )					31		
受ける人の氏名	ふりがな				男・女	生 年 月 日	平成	年	月	日	生				
※保護者の氏名						(満	歳	か	月)						

※医療機関記入欄	
保護者の 同伴の 有無	有・ 無
婚姻の有 無(第4期 の場合)	有・ 無
接種 ワクチン の種類	混合・ 麻単・ 風単

※第4期の接種で、接種を受ける者が既婚者の場合には記入の必要はありません。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について予診票1枚目に添付してある説明書を読みましたか	はい	いいえ	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常がある といわれたことがありましたか	あった	なかった	
今日体に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 ( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか(病名 )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか(病名 )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか(予防接種の種類 )	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病 気にかかり、医師の診察を受けていますか(病名 )	はい	いいえ	
その病気を見てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	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	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これ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 (予防接種の種類 )	ある	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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 接種後2か月間は妊娠をさけることが必要です	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

① 接種当日保護者が同伴できない場合に記入

あなたのお子様の病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で接種することに同意しますか。 ( 同意します ・ 同意しません )

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、本予診票が市に提出されることに同意します。保護者自署

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。保護者(保護者同伴でない場合及び接種を受ける者が既婚者の場合は接種を受ける本人)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

② 接種当日保護者が同伴する場合・既婚者の場合に記入

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種することに同意します。 ( 同意します ・ 同意しません )

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)自署

(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か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

▼医師記入欄	区 分	期	接種(予診)年月日	平成	年	月	日
実施場所			使用 ワクチン	ワクチン名	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン (麻しんワクチン・風しんワクチン)		
医師名				ロット番号			
				接種量	(皮下接種)		

(市役所提出用) . . . 1日~月末分を翌月の15日までに保健予防課へ提出してください。

20-3-18.000