

風しんワクチン接種緊急助成事業予診票

接種希望の方は、太枠内をご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住 所				
受ける人の氏名				男 ・ 女
生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)

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市町村から配られている説明書を読みましたか	は い	いいえ	
今までに、「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ましたか	は い (計 回)	いいえ	
今までに、風しんにかかったことがありますか	は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか (具体的な症状：)	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか (病名：)	は い	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	は い	いいえ	
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よいといわれましたか	は い	いいえ	
1ヵ月以内に、家族など身近に麻しん、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ヵ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	
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	
その病気を診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	
薬や食品で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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか (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	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)妊娠中は接種できません。接種後2か月間は妊娠をさける必要があります。	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	
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等について理解したうえで、接種することに(同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んで下さい。 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、本予診票が必要時市町村に提出されることに同意します。 被接種者(接種を受ける者が未成年で未婚の場合は保護者) 自署 :			

確認事項

・妊娠を希望する女性

 本人確認(健康保険証等)

・妊婦の夫

 母子健康手帳(妊婦の氏名：) 本人確認(健康保険証等)

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。

本人又は保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び健康被害救済制度等について、説明し、同意を得ました。

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	医療機関番号
1 阪大微 2 武田 3 その他 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	(皮下接種) m l	実施場所 医 師 名 接種年月日 平成 年 月 日	