

麻疹風疹混合ワクチン予防接種 予診票

任意接種

| | | | |
|---------|--|-------------------|---|
| 住 所 | | 診察前の体温 | ℃ |
| フリガナ | | 生 年 月 日 | |
| 受ける人の氏名 | | 年 月 日 (満 歳 ヶ月) | |
| 保護者氏名 | | 電 話 番 号 | |

下記の質問事項を丁寧に読んで、黒のボールペンでお書きください。(○で囲む、または具体的に記入してください)

| | 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|----|---|-------|-----|-------|
| 1 | 予防接種の説明文を読み、効果や副反応、健康被害制度について理解しましたか | はい | いいえ | |
| 2 | 今までに麻疹ワクチン、風疹ワクチン、麻疹風疹混合ワクチン、いずれかの予防接種を受けたことがありますか ワクチン名() | いいえ | はい | |
| 3 | 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか | ない | はい | |
| 4 | 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 症状() | ない | ある | |
| 5 | 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名() | いいえ | はい | |
| 6 | 最近、1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか 病名(月 日 ~ 月 日) | いいえ | はい | |
| 7 | 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん・風しん・おたふくかぜなどに かかった方がいますか 病名() | いいえ | はい | |
| 8 | 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(接種日 月 日) | いいえ | はい | |
| 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 予防接種名() | いいえ | はい | |
| 10 | 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、腎臓、肝臓、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() | いいえ | はい | |
| | その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けていいと言われましたか | はい | いいえ | |
| 11 | ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか | いいえ | はい | |
| | そのとき熱はでましたか | いいえ | はい | |
| 12 | 薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか 薬・食品名() | いいえ | はい | |
| 13 | 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 | いいえ | はい | |
| 14 | 近親者に予防接種をして具合が悪くなった方はいますか | いいえ | はい | |
| 15 | (女性の方に)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか | いいえ | はい | |
| 16 | 今日の予防接種について質問はありますか | いいえ | はい | |

| | |
|-------|---|
| 医師記入欄 | 問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせ) と判断します 医師署名または押印 |
|-------|---|

| | |
|--------|--|
| 保護者記入欄 | 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を希望します 本人または保護者署名 |
|--------|--|

| ワクチン名 | LOTNo. | 有効期限 | 接種量 | 実施医療機関 | 接種医師名 |
|-----------------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 乾燥弱毒生麻疹風疹混合ワクチン | | 年 月 日 | 0.5 ml | 伊藤医院 | 年 月 日 |
| | | | | 接種年月日 | |