

【 風しん ・ 麻しん風しん混合(MR) 】 予防接種予診票

※接種するワクチンに○をつけてください

診察前の体温	度	分	(助成対象 ・ 対象外)		
住 所				電話番号	()
受ける人の氏名 <small>ふりがな</small>	男	生年	年	月	日生
	女	月日	(満	歳	ヵ月)

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
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ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 () 完治日 ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や身近な人に、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 () 接種日 ()	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	いいえ	はい	
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はありますか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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 (注)	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	

事前記入欄(記入されないようにお願いします)

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今回の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
 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

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**)
 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

本人自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名
ワクチン名 L O T No. <small>有効期限が切れていないか確認</small>	(皮下接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

(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でないことがあります。