

# 風しんの予防接種 [任意接種] 予診票



大牟田市任意接種  
(2022.04-)

この予防接種は、風しん抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体がないことが判明した方が受けるものです

記入日 令和 年 月 日

※ 太枠内をご記入ください。

住所		〒		電話		( ) —	
フリガナ		性別	男・女	生年月日	年	月	日生 ( 歳 か月)
受ける人の氏名							

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける風しんの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所 ( )	はい	いいえ	
最近 1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい	いいえ	
1 か月以内に家族や友達に麻疹、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 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
特別な病気 (先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他) にかかったことがありますか 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もいいと言われましたか	はい	いいえ	
けいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	はい	いいえ	
その時熱は出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名 ( )	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいます	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 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	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投与を受けましたか	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 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	

## 医師記入欄

<input type="checkbox"/> 被接種者が風しんの予防接種[任意接種]の対象者であることを、抗体検査の結果等で確認	確認内容 検査方法: ( ) 抗体価: ( )	
<input type="checkbox"/> 本人に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明	説明済	
<input type="checkbox"/> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種の実施の判断	可能	見合わせる
医師署名又は記名捺印 _____		

## 本人記入欄

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種を希望しますか  
( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

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。  
令和 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

使用ワクチン	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
ワクチン名: Lot No. (注)有効期限が切れてないか確認	0.5ml	医療機関名 医師名 接種年月日 令和 年 月 日