R ＲＳウイルス感染症予防接種予診票（妊婦用）

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	大牟田市		電話番号	-　　-
（フリガナ） 接種を受ける人の氏名		女	生年月日	年　　月　　日 （満　　歳　　か月）
保護者の氏名※				

※被接種者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい	いいえ	
今日の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。	いいえ	はい	
今日の予防接種の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ますか。 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。	いいえ	はい	
免疫不全と診断され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。 具合の悪い症状を書いてください。　（　　）	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　（　　）	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	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	
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	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患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よいと言われましたか。	いいえ	はい	
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。 病　名　（　　）	はい	いいえ	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか。 妊娠週数（　　週　　日目）　出産予定日（　　年　　月　　日）	いいえ	はい	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されることがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。	はい	いいえ	
妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。	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

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ **1　実施できる　・　2　見合わせた方がよい** ）と判断します。
被接種者（被接種者が満16歳未満の者の場合は保護者）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** ）。　※かっこ内のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年　　月　　日　　**保護者又は被接種者自署**

（※被接種者が16歳未満の者の場合は保護者自署）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種（判定）年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限がきれていないか確認	筋肉内接種 0.5 ml	医療機関コード番号 医療機関名 医師名 接種（判定）年月日　　年　　月　　日