

風しんの第5期の予防接種予診票

R7.7月版

※太枠内を記入して下さい。

※接種日において、住民登録のある住所を記入して下さい。

氏名		診察前の体温	℃
住所	宜野湾市	電話番号	
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)		

平成26年4月以降～令和7年3月末日までに抗体検査を受け、抗体が不十分との判定でしたか。	はい ・ いいえ
(上記で「はい」と答えた方) 前回検査を受けた年月日を記入してください。	検査日:(年 月 日)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日の風しんの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
2. 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。	はい いいえ	
3. 現在、何か病気にかかっていますか。 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よいと言われましたか。	はい いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
5. 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	
6. 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がありますか。	はい いいえ	
7. 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。	はい いいえ	
予防接種の種類() 症状()	はい いいえ	
8. 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	
9. 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	
10. 今までに心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい いいえ	
病名()	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よいと言われましたか。	はい いいえ	
11. 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	
病名()	はい いいえ	
12. 6か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	
13. 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】	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した ・ していない) 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) 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、説明しました。 医師署名又は記名押印
---------	---

風しん予防接種希望書及び同意書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。) 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) ※どちらかを○で囲んでください。 また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 被接種者自署 署名 (※自署できない者は代筆者が被接種者名で署名し、以下に代筆者名及び被接種者との続柄を記載) 代筆者氏名 続柄
--

ワクチンロット番号	接種方法・接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. □予診のみ (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下注射) 右 ・ 左	0.5ml	実施場所 医師名 接種(予診)年月日 令和 年 月 日

風しんの第5期の予防接種

《対象者》 昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性のうち、平成26年4月以降令和6年度末までに抗体検査を実施し、抗体が不十分な方で、MRワクチンの偏在等が生じたことが理由でワクチン接種ができなかった方

《場所》 指定された医療機関（別紙）

《費用》 自己負担 なし

《定期接種期間》 令和7年4月1日～令和9年3月31日
（※上記期間を過ぎると、全額自己負担となります）

《接種を受ける前に》 指定医療機関へ事前の電話予約をお願いします。
その際、風しんの抗体が不十分であることを証明できるものを
病院へ持参してください。

※予防接種法に基づく風しんの予防接種は、自らの意思と責任で接種を希望する場合にのみ接種を受けることができます。予防接種を受ける前に、医師から十分に説明を聞き、必要性や副反応についてよく理解し同意した上で接種を希望して、受けてください。なお、本人の接種の意思確認ができない場合には、接種を受けることができません。

【 風しん第5期の定期接種の対象となる抗体価基準 】

検査方法	抗体価（単位等）
HI法 （赤血球凝集抑制法）	8倍以下（希釈倍率）
EIA法 （酵素免疫法）	6.0未満（EIA価）
	1.5未満（国際単位（IU）/ml）
ELFA法 （蛍光酵素免疫法）	2.5未満（国際単位（IU）/ml）
LTI法 （ラテックス免疫比濁法）	1.5未満（国際単位（IU）/ml）
CLEIA法 （化学発光酵素免疫法）	2.0未満（国際単位（IU）/ml）
	1.1未満（抗体価）
FIA法 （蛍光免疫測定法）	1.5未満（抗体価AI）
	1.5未満（国際単位（IU）/ml）
CLIA法 （化学発光免疫測定法）	1.5未満（国際単位（IU）/ml）
ICA法 （イムノクロマト法）	I g G 陰性

◆◆予防接種を受ける前の注意◆◆

①予防接種は、ご自身の体調の良い日に受けましょう。何か心配があるときは、かかりつけの医師や宜野湾市保健相談センターにご相談ください。

②予診票は、基本的には接種を受けるご本人が責任をもって記入しましょう。

③受ける予防接種についての必要性や副反応について、よく理解しておきましょう。



（宜野湾市予防接種のページ）

※接種を希望される方は、同封の予防接種説明書もよくお読みの上、接種に臨んで下さい。

宜野湾市 健康増進課 予防係（宜野湾市保健相談センター内） TEL:898-5596 FAX:898-5585