

おたふくかぜ予防接種 予診票

宜野湾市

住所	(住民登録のある市町村の住所を記入)		診察前の体温	度 分
接種を受ける人の氏名	ふりがな	性別	生年月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
		男・女		
保護者氏名			電話番号	

(予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。医師への大切な情報源となりますので、責任持って記入しましょう。接種後は市町村に提出され、5年間保管されます。)

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2	お子さんの発育歴についてお答えください。 出生体重()g	はい	いいえ	
	分娩時に異常がありましたか。	はい	いいえ	
	出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
3	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	
4	1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
5	1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか。 病名()	はい	いいえ	
6	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日() または生ワクチン予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日()	はい	いいえ	
7	生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液・発育障害などの病気、免疫不全症)や、その他の病気(慢性疾患も含む)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 病名()	はい	いいえ	
	現在、投薬や治療を受けている方は、具体的な内容を記入してください() その病気をみてもらっている主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
8	現在、免疫機能に異常のある病気にかかっている、または副腎皮質ステロイド剤や免疫抑制剤の投与を受けていますか。	はい	いいえ	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
	そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
10	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	
11	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。 予防接種名() 症状()	はい	いいえ	
12	近親者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	
13	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。 薬・薬品・製品名など()	はい	いいえ	
14	6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。	はい	いいえ	
15	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(可能 ・ 見合わせる) 保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名又は記名押印 _____
--------------	--

保護者の記入欄	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及び予防接種健康被害救済制度について理解した上で、保護者の意思と責任のもとにお子様への接種を希望しますか (はい ・ いいえ) また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村に提出されることに同意します。 保護者自署 _____
----------------	---

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNo.シールをお貼りください	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入下さい。)
	皮下接種:0.5ml 接種部位:上腕伸展部 (右 ・ 左)	実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日

おたふくかぜワクチンと同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと【DPT-IPV・水痘・ヒブ・肺炎球菌・MR・日本脳炎・DPT-IPV-Hib・その他()】