

風しん・麻しん風しん混合（MR） 予防接種 予診票 （妊娠希望の19歳以上）（任意接種）

◎該当するものを○で囲んでください

19歳以上の市民で抗体検査により検査値が低値であると判断している方のうち、 ・妊娠を予定または希望している49歳以下の女性またはその夫 ・妊娠している女性の夫		診察前の体温	度	分
住 所	小山市			
フ リ ガ ナ				
受ける人の氏名	男・女	生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
電 話 番 号			(満 歳 ヲ月)	

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要などころに記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 風しんの抗体検査をしたことがありますか	いいえ	はい	
そのときに検査値が低値であると言われましたか	いいえ	はい	
2 今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
3 今日体の具合が悪いところはありますか 具合の悪い症状を書いてください()	はい	いいえ	
4 現在、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	いいえ	はい	
5 免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
6 1か月以内に家族や友達で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名()	はい	いいえ	
7 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	
8 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	
その時に熱がでましたか	はい	いいえ	
9 予防接種、薬、食品で発疹やじんましん、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10 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	
11 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）はありますか (注) 接種後2カ月は妊娠を避ける必要があります	はい	いいえ	
12 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ **実施できる** ・ **見合わせた方がよい** ）と判断します。
 本人又は家族に対し予防接種の効果、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。

医師署名又は記名捺印

予防接種希望者記入欄（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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（ **希望します** ・ **希望しません** ）

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

本人自署

※自署できない場合は家族等が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載

使用ワクチン名	接 種 量	医療機関 所在地 名 称 医 師 名 接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種)	
(注)有効期限がきれていないか確認		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か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出ないことがあります。