

風しんワクチン接種申込書・予診票

記入日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
本人氏名		生年月日	
保護者氏名 <small>(未成年者(既婚者を除く)の場合は、こちらにも記入)</small>		大正 昭和 平成 年 月 日生(歳)	男・女
住所		電話	

質問事項	回答欄		医師記入欄
01 風しん予防接種について説明文を読みましたか	いいえ	はい	
02 風しんワクチンの効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
03 接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれた時の体重が少なかったり出産時、出生時、乳幼児健診時などで異常があるといわれたことがありましたか	はい	いいえ	
04 今日、体に具合の悪いところがありますか はいの場合：内容()	はい	いいえ	
05 今何か治療・投薬を受けていますか はいの場合：治療・薬名()	はい	いいえ	
06 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか はいの場合：病名()	はい	いいえ	
07 1ヶ月以内に家族や友達に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか はいの場合：誰() 病名()	はい	いいえ	
08 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか はいの場合：予防接種名()	はい	いいえ	
09 最近6ヶ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 はいの場合：いつ() 理由()	はい	いいえ	
10 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、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他)として医師の診断を受けたことがありますか はいの場合：いつ() 病名()	はい	いいえ	
11 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか はいの場合：いつ() そのとき熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
12 今までに予防接種、薬、食品などでじんましんがでたり体の具合が悪くなったことはありますか はいの場合：原因()	はい	いいえ	
13 家族の中に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか はいの場合：誰() ワクチン名()	はい	いいえ	
14 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか はいの場合：誰()	はい	いいえ	
15 接種を受けられる方が女性の場合 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)がありますか 注：接種後、2ヶ月間は妊娠をさける必要があります	はい	いいえ	
16 今日の予防接種について質問がありますか はいの場合：内容()	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(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します 本人(本人が未成年者の場合は保護者)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しました 医師署名又は記名捺印	
本人記入欄(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)	
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 接種することに(同意します ・ 同意しません) どちらかを○で囲んでください 自署	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名：乾燥弱毒生風しんワクチン(高橋株) メーカー名：北里研究所 Lot No：RB 最終有効年月日：	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕伸側部	実施場所： 医師名： 接種年月日：平成 年 月 日 時

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。