

麻しん風しん混合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	男・女
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)	
住所			電 話

質問事項	回答欄		医師記入欄
01 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
02 接種を受けられる方がお子さんの場合におたずねします、 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
03 今日、体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください()	はい	いいえ	
04 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
05 1ヶ月以内に家族や友達に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
06 1ヶ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	
07 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、 その他病気)にかかり医師の診断を受けていますか 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もいいといわれましたか	はい	いいえ	
08 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
09 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10 接種を受ける方の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	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がありますか 予防接種名()	はい	いいえ	
12 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	いいえ	
13 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	いいえ	
14 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など)はありますか (注)接種後2か月間は妊娠をさけることが必要です	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(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：乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン メーカー名：北里第一三共ワクチン Lot No.： 最終有効年月日： 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