

【 ムンプス(おたふくかぜ) 】 予防接種 予診票

* 以下の太枠内をご記入ください

診察前の体温 度 分

住所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏名			
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	男 ・ 女	
質 問 事 項		回 答 欄	
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか		いいえ	はい
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか		ある(具体的に)	ない
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)		はい(病名)	ない
4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか		はい(病名)	ない
5. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹(はしか)、風疹、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか		いる(病名)	いない
6. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか		はい(予防接種名)	いいえ
7. 今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(具体的に)	いいえ
8. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、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(具体的に)	いいえ
9. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか		ある(ごろ 回くらい) 最後は 年 月ごろ	ない
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		ある(薬、食品名)	ない
11. 近親者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
12. 最近6ヵ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(いつ、理由)	いいえ
13. 【女性の方に】			
1) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか		はい	いいえ
2) 接種後約2ヵ月間の避妊について理解しましたか		いいえ	はい
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に ご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄	以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可 能 ・ 見 合 わ せ る) 医師の署名 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療器総合機構法に基づく救済について、説明した
--------	---

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 (接種を希望します ・ 接種を希望しません) 本人の署名	
---	--

ワクチン名・ロット番号	接種年月日	年 月 日
シール添付位置	接種医師	遠田 耕平