

# 【 麻疹・風疹 】 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		医師記入欄
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