

## 麻しんワクチン予防接種予診票兼接種・非接種通知書

M

ボールペンで、この票のあいているところに記入し、  
 その後は該当項目を○で囲んでください。  
 (太枠の部分は、特にていねいにご記入ください。)

申込年月日 **20** 年 月 日

	チェック欄	医療機関確認欄	
7-1		①第1期	生後12か月から24ヶ月に至るまでの子
		②任意(未就学)	第1期と第2期の間の年齢の子
7-2		③第2期	幼稚園等の年長組の子

住所	浜松市		診察前の 体温	℃	
フリガナ			電話		
受ける人の氏名	男	生年月日	平成	年	月 日生
保護者の氏名	女	年齢	令和	歳	カ月

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」を読み、理解しましたか	いいえ はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状( )	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい いいえ	
最近1か月以内に、家族や遊び仲間に、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	
麻しんまたは風しんにかかったことはありますか (麻しん ・風しん )	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか(受けた場合には最後に接種した年月日とワクチンの種類に○を記入してください) 接種年月日 <b>20</b> 年 月 日 ・ヒブ(Hib) ・小児肺炎球菌 ・4(3)種混合 ・麻しん・風しん ・水痘 ・日本脳炎 ・その他( )	はい いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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よいといわれましたか	いいえ はい	
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	
そのときに熱が出ましたか	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名( )	はい いいえ	
近親者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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	ある ない	
近親者に接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい いいえ	
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 <b>3 可能</b> <b>2 見合わせる</b>	医師のサイン (注)ワクチンの種類・有効期限を要確認
保護者に対して、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。		

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに同意しますか。	同意します	同意しません	保護者自署
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、本予診票が浜松市に提出されることに同意して署名します。			

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	<b>0.5</b>	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	mL	接種年月日(非接種判定日) <b>20</b> 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。