

## 麻しん風しん混合予防接種予診票

(任意接種用)

		診察前の体温		度		分	
住 所	根室市 町 丁目 番地	電話番号					
ふりがな 受ける人の氏名		男	生年	平成	年	月	日生
		女	月日	( 歳)			
質 問 事 項				回 答 欄		医 師 記 入 欄	
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				はい	いいえ		
今までに風しんに罹患したことがありますか				ある	ない		
今までに風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかの予防接種を受けたことがありますか 【「ある」の場合】接種回数( 回)、ワクチン名( ワクチン)				ある	ない		
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか(具体的に: )				ある	ない		
現在、何かの病気で医師にかかっていますか(具体的に: )				ある	ない		
最近1か月以内に何か病気にかかりましたか(病名: )				はい	いいえ		
最近1か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいませんか (病名: )				いる	いない		
最近1か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		
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(具体的に: )				ある	ない		
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、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか(具体的に: )				ある	ない		
【「ある」の場合】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良いといわれましたか				はい	いいえ		
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 ( 歳ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ)				ある	ない		
【「ある」の場合】ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか( °C)				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: )				ある	ない		
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいませんか(予防接種名: )				いる	いない		
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいませんか				いる	いない		
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか				はい	いいえ		
【女性の方に】現在、妊娠している、または妊娠している可能性がありますか 最終月経 年 月 日から				はい	いいえ		
【女性の方に】接種前1ヵ月、接種後2ヵ月間の避妊について、理解して接種を受けようとしていますか				はい	いいえ		
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記入ください(投薬状況など)							

【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(未成年で未婚の方は保護者)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制度について説明をしました。

医師署名又は記名押印

【本人もしくは保護者記入欄】 医師の診察、説明を受け(接種を受ける方が未成年で未婚であり保護者が同伴しない場合は、被接種者の接種当日の体調等を確認し説明を読んだ結果)、予防接種の効果、副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく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・同意しません ) \*かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が根室市に提出されることに同意します。

署名(本人もしくは保護者)

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	(皮下接種)	実施場所
Lot No.		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 平成 年 月 日

\*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ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

----- 切り取って母子健康手帳・健康手帳等に貼るようにご指示ください(医療機関で発行) -----

## 麻しん風しん混合予防接種済証

氏 名 \_\_\_\_\_

接種年月日 \_\_\_\_\_

生年月日 昭・平 年 月 日 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

# 同意書

(保護者が同伴しない場合)

未成年者の予防接種の実施に当たっては、原則、保護者の同伴が必要ですが、麻しん風しん混合予防接種については、保護者が、「麻しん風しん混合予防接種を受ける方へ（説明書）」の説明を読み、よく理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に限り、保護者が同伴しなくても予防接種を受けることができます。

この同意書は、麻しん風しん混合予防接種に際し、未成年で未婚の方が保護者を同伴しない場合に必要な書類です。

未成年者が1人で接種される場合には、保護者が記載、署名したこの同意書に予診票（予診票も保護者が記載、署名）を添えて、接種する医療機関に提出してください。（この同意書と予診票の提出がない場合は、保護者同伴なしでは接種できませんのでご注意ください。）

麻しん風しん混合予防接種を受ける方へ（説明書）の説明を読み、予防接種の効果や目的、副反応発症の可能性及び医薬品医療機器総合機構法に基づく健康被害救済制度などについて理解しました。  
この文書を持参する本人の保護者として、麻しん風しん混合予防接種をすることに同意します。

予防接種を受ける者の住所 \_\_\_\_\_

予防接種を受ける者の氏名 \_\_\_\_\_

予防接種を受ける者の生年月日      平成      年      月      日生

平成      年      月      日

保護者自署 \_\_\_\_\_