

おたふくかぜ予防接種予診票

住所 <small>富士市に住民登録がある人が対象です</small>	富士市
フリガナ	
受ける人の氏名	(男・女)
生年月日	平成・令和 年 月 日

1回目接種日	年 月 日
保護者氏名	
電話番号	
今朝目覚めた時の体温	度 分
診察前の体温	度 分
接種日の年齢	満 歳 か月

対象：満1歳～年長児（R2.4.2以降生まれ）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2 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 あった ある	なかった なかった ない	
3 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください（ ）	あ る	な い	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ） いつ頃（ ）	は い	いいえ	
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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（ ） いつ頃（ ）	はい	いいえ	
6 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。 だれが（ ） いつ頃（ ）	はい	いいえ	
7 1か月以内に予防接種を受けましたか。該当するものに○をつけて下さい。 BCG・MR・水痘・その他（ ） 接種日（ 月 日）	は い	いいえ	
8 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。病名（ ） 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。	は い いいえ	いいえ はい	
9 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃 そのとき熱が出ましたか（ 度）	あ る	な い	
10 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。 原因（ ） 主な症状（ ）	あ る	な い	
11 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。だれが（ ）	い る	い ない	
12 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	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。だれが（ ）	い る	い ない	
14 6か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	
15 今日の予防接種について質問がありますか。	あ る	な い	

医師の記入欄

医師署名又は記名押印

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）

保護者に対して、予防接種の効果、副反応およ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、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 ）

※今回のおたふくかぜ予防接種は、任意接種となることを承知した上で接種します。

※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。

本日付き添ってきた

このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所
ワクチン名 Lot No	皮下接種	医師名
	0.5 mL	トータルファミリーケア北西医院 北西 史直
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 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ます。この注射を3～6か月以内に受けた方は、おたふくかぜワクチンなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。