

おたふくかぜワクチン接種申込書・予診票

記入日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
本人氏名		生年月日	
保護者氏名	[未成年者(既婚者を除く)の場合は、こちらにも記入]	大正 昭和 平成 年 月 日生(歳)	男・女
住所			電話

質問事項	回答欄		医師記入欄
01 今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	はい	いいえ	
02 保護者の方に、お子様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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
03 今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()	はい	いいえ	
04 最近 1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
05 1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
06 1ヵ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	
07 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、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() 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もいいといわ れましたか	はい はい	いいえ いいえ	
08 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃 その時熱はでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
09 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことが ありますか	はい	いいえ	
10 接種を受ける方の兄弟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	
11 これ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 予防接種名()	はい	いいえ	
12 家族に予防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	
13 6ヵ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	
14 女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)は ありますか (注)接種後2ヵ月間は妊娠をさける必要があります	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	はい	いいえ	

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(本人が未成年者の場合は保護者)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について説明しました。 医師署名又は記名捺印	
本人記入欄[未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者]	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性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) どちらかを○で囲んでください	
署名	(代筆者の場合: 続柄) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	接種量	実施
ワクチン名: 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン	皮下接種 0.5mL	実施場所: 医療法人社団 明竹会 竹内基クリニック
メーカー名: 北里第一三共ワクチン Lot No.:	接種部位	医師名:
最終有効年月日: 年 月 日	左・右 上腕伸側部	接種日時: 平成 年 月 日 時

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみ使用します。