

麻しん風しん混合(MR)ワクチン/風しん単独ワクチン

大阪市風しんワクチン接種費用助成事業用

任意接種

この予防接種は医療機関で実施します。
接種前後の注意事項をよく読みましょう。
この予防接種は、既に風しんにかかった方、風しん抗体価を有している方、2回以上風しんの予防接種を受けている方、平成25年度以降風しんワクチン接種費用の助成を受けた方、妊娠中・妊娠している可能性がある方は接種できません。
次のいずれかに該当する大阪市民が対象です。
妊娠を希望する女性
妊娠している女性の配偶者(妊婦の配偶者を含む)
予防接種を見合わせた理由【

平成 年 月 日
0.5ml
皮下
接種部位(左・右)上腕部
使用ワクチン名
Lot No.

麻しん風しん混合(MR)ワクチン/風しん単独ワクチン予防接種 予診票

大阪市風しんワクチン接種費用助成事業用

任意接種

接種当日に該当項目に記入、もしくは で囲んでください。(印は記入しないでください。)

Form with fields for address (大阪市), phone number, recipient name (フリガナ, 氏名), sex (男・女), age (誕生日), and target area (妊娠を希望する女性, 妊娠している女性の配偶者).

平成 年 月 日
0.5ml
皮下

医師の
確認欄

質 問 事 項

- 1. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。
2. 最近1か月以内に病気にかかったり、ケガをしましたか。
3. 生まれてから今までに、先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、その他の病気で、お医者さんにかかりましたか。
4. 過去(6か月以内)に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。
5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。
6. くすりや食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。
7. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。
8. 4週間以内に家族や遊び友だちに麻しん(はしか)・風しん・水痘(水ぼうそう)・おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか。
9. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。
10. 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなった人がいますか。
11. 近親者の中で先天性免疫不全と診断された人はいますか。
12. 女性の方は、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。
13. 女性の方は、接種後2か月間は避妊することについて医師の説明を受け、理解しましたか。
14. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。
15. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。

【医師の記入欄】

Form for doctor's notes (診察所見・その他特記事項) and temperature measurement (体温測定).

Form for doctor's signature (自署) and consent (同意します・同意しません).

使用ワクチン名

Lot No.

最終有効年月日

接種部位(左・右)上腕部

接種医師名