

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、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。
 - ①妊娠を希望する女性
 - ②妊娠を希望する女性の配偶者（妊婦の配偶者を含む）
 - ③妊娠を希望する女性の同居者（妊婦の同居者を含む）
- ※ 予防接種を見合せた理由 []

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。）

住 所	大阪市 区			電話 ()
受ける人の 氏 名	フリガナ		男・女	保護者 氏名 (未成年 のみ)
生年月日	年	月	日	生 年 月 生 命 歳
対象区分	□妊娠を希望する女性			
	□妊娠を希望する女性の配偶者、妊婦の配偶者（婚姻関係を問わない）			
	□妊娠を希望する女性の同居者、妊婦の同居者			

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。
それはどんな状態ですか。 () はい・いいえ
 2. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかつたりしましたか。
病名 () 時期 (~) はい・いいえ
 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。
病名 () 時期 (~) はい・いいえ
その病気を、現在診てもらっている主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。
 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。はい・いいえ
 5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。
回数 () 、最後におこした時期 () はい・いいえ
その時に熱はでましたか。(度 分) はい・いいえ
 6. くすりや食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体のぐあいが悪くなつたことがありますか。はい・いいえ
 7. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類 () はい・いいえ
 8. 4週間以内に近親者に麻しん(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ましたか。はい・いいえ
 9. これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなつたことがありますか。
受けた予防接種の種類 () はい・いいえ
それはどんな状態でしたか。 () はい・いいえ
 10. 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなつた人がいますか。はい・いいえ
 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。はい・いいえ
 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。はい・いいえ
 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。はい・いいえ
 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。はい・いいえ
 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。
具体的に () はい・いいえ

※【医師の記入欄】

診察所見・その他特記事項

※ 体温測定 度 分

医師署名
又は
記名押印

16. 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、重篤な副反応を発生した場合の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。

自署
(フルネームで記入)

※ 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

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。