

麻疹予防接種申込書・予診票（任意接種用）

この予診票は予防接種の証明となりますので、医療機関で大切に保管してください。

受診日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
住所	〒 () - ()		
受ける人の氏名	男	生年月日	昭和・平成 年 月 日生
保護者の氏名	女	年齢	歳 か月

質問事項（必要な所に○をつけ、内容を記入してください。）太字にチェックがある場合は、接種にあたって医師と相談して下さい。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 接種を受けられる方が女性の場合 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか 2) 接種後2か月間の避妊について説明をうけましたか	はい いいえ	いいえ はい
2. 麻疹の予防接種について説明文を読みましたか	いいえ	はい
3. 麻疹ワクチンの効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい
4. 最近4週間以内に何か予防接種をうけましたか	うけた (ワクチン名)	うけていない
5. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	うけた (いつ) (理由)	うけていない
6. 今までに予防接種、薬、食品でアナフィラキシーという重いアレルギー反応をおこしたことがありますか	ある (原因)	ない
7. 今までに予防接種、薬、食品で発疹、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	ある (原因)	ない
8. 今日ふだと違って具合の悪いところがありますか	ある (内容)	ない
9. 今、何か病気にかかっていますか	はい (病名)	いいえ
10. 今、何か治療（投薬）をうけていますか	はい (治療内容、薬名)	いいえ
11. 最近1か月以内に病気にかかったことがありますか	ある (病名)	ない
12. 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）として医師の診断を受けたことがありますか。	ある (いつ) (病名)	ない
13. 9, 10, 11, 12の場合、かかりつけ医に今日の予防接種をうけても良いと言われましたか	いいえ	はい
14. 最近1か月以内に家族あるいは周りに麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった人がいますか	いる (誰) (病名)	いない
15. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ひきつけ（けいれん）をおこした時、熱はでましたか	ある (年齢) (歳) (回数) (回) でなかった	ない でた () (℃)
16. 家族の中に予防接種で具合が悪くなった人はいますか	いる (誰) (ワクチン名)	いない
17. 家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる (誰)	いない
18. 今日の予防接種について、何か質問がありますか	ある (内容)	ない

医師の記入欄

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）いずれかに○をつけてください。

医師のサイン

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか（はい・見合わせます）いずれかに○をつけてください。

保護者（成人の方は本人）のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名	(皮下接種) 0.5ml	実施場所
Lot No.	(接種部位)	医師名
最終有効年月日 平成 年 月 日	(左・右) 上腕伸側部	接種年月日 平成 年 月 日 時 分