

任意接種	風しん、麻しん・風しん混合（MR）ワクチン予防接種予診票
------	------------------------------

実施機関が記入	使用ワクチン	☐ M R	☐ 風しん単独
	住民である確認	☐ 運転免許証	☐ 健康保険証 ☐ その他（ ）
	抗体検査結果	検査日 令和 年 月 日	
	対象となる価	☐ HI法（ ）倍 ☐ EIA法（ ） ☐ CLEIA法（ ） ☐ 検査法名（ ）価（ ） HI法 1.6 倍以下 EIA法 8.0 未満 CLEIA法 14.0 未満 その他は事務取扱書を参照	

ふりがな		男 女	昭和 平成		
接種者 氏 名			年	月	日 歳
住 所	富士市 ★富士市に住民票のある人が対象です		☎		
			診察前の体温	度	分

	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、風しんワクチン、麻しん・風しん混合ワクチン予防接種の説明を読みましたか。	い い え	は い	
2	風しんワクチン抗体検査を受けたことがあり、その結果、抗体が低いといわれましたか。	い い え	は い	
3	過去に同じ助成の制度を使って、風しんまたはMRの予防接種をしたことがありますか。 「はい」の人は全額自己負担での接種になります。	は い (助成対象外)	い い え	
4	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	
5	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	
6	1か月以内に家族や友人等に麻しん、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	
7	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () 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 ()	は い	い い え	
	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。	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。	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	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。最終月経 (月 日～)	は い	い い え	
	接種後2か月間は妊娠をさけることが必要なことは理解できましたか。	は い	い い え	
16	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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。 保護者（接種を受けるものが既婚者の場合は本人）に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、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などについて理解した上で、接種することに
※かつこのどちらかを○で囲んでください。 **(同意します・同意しません)**

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。

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。

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
(注)有効期限が切れていないかを確認	0.5 ml	接種年月日 令和 年 月 日

(注) カンクログロブリンは、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、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。