

市提出用

## 〈松戸市〉RSウイルス感染症予防接種予診票

対象者：松戸市に住民登録があり、接種時点で、妊娠28週0日から36週6日までの妊婦の方

住所	松戸市		
フリガナ		女	電話番号 ( )
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	本日の体温 度 分
今日、松戸市に住民登録がありますか	いいえ	はい	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか	いいえ	はい	
妊娠週数( 週 日目) 出産予定日( 年 月 日)			
質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄	
RSウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか	はい	いいえ	
今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか	はい	いいえ	
病名( )	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全などの慢性疾患にかかったことがありますか	はい	いいえ	
病名( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください( )	はい	いいえ	
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 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類と受けた月日 ( 月 日 : )	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名( )	はい	いいえ	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか	はい	いいえ	
妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

## 医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は	<input type="checkbox"/> 実施できる
	<input type="checkbox"/> 見合わせる (理由 )
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び 予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。	【医師署名: _____】 ※又は記名押印、ゴム印の場合は押印ください。

## 被接種者の記入欄 ※どちらかに○を記入してください

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、接種に対する有益性、 重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、予防接種を →	<input type="radio"/> 希望する	<input type="radio"/> 希望しない
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※右の欄へ原則自署、自署できない場合は、代筆者氏名及び受ける方との 続柄を記載してください。	【被接種者自署】	【代筆者氏名】
ワクチン名	用法・用量	接種(見合わせ)年月日
Lot. No.	筋肉内注射	年 月 日
有効期限 年 月 日		実施医療機関名・医師名
		医療機関名: 医師名:

キリトリ線

## 医療機関控用

## RSウイルス感染症定期 予防接種

被接種者氏名 ( ) 生年月日 年 月 日  
 住所 松戸市 TEL  
 接種(見合わせ)年月日 年 月 日 使用ワクチン名 Lot No.