

おたふくかぜ予防接種予診票（任意接種）

※1歳～小学校就学前年度（幼稚園・保育園年長クラス相当年齢）の3月31日まで

松戸市	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
接種回数	1回目			2回目				
住所	松戸市					TEL		
予防接種番号						生年月日	西暦	年 月 日
ふりがな						(満 歳 か月)		
受ける人の氏名	(男・女)					保護者氏名		
接種日時点で松戸市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります (ない・ある)								
質問事項						回答欄		医師記入欄
今日受けるおたふくかぜについてのお知らせを読みましたか						いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか						あった あった ある	なかった なかった ない	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 日 :)						はい	いいえ	母子健康手帳と 照合 (未・済)
今までにおたふくかぜにかかったことはありますか						はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか、今なくても1か月以内にあれば書いてください ()						はい	いいえ	
先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、血液などの病気にかかっていますか 病名 ()						はい	いいえ	
【"はい"と回答した場合】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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃						はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか						いいえ	はい	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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)						はい	いいえ	
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	
薬や食品等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 薬品・食品名 ()						はい	いいえ	
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						はい	いいえ	
今までに予防接種を受けて本人又は家族で具合の悪くなった人がいますか 予防接種の種類 ()						はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ()						はい	いいえ	
医師 記入欄	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・見合わせたほうがよい(理由:) 保護者に対して、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。					医師の自筆署名(又は記名押印)		
保護者 記入欄	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、 予防接種健康被害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 ※どちらかを○で囲んでください 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。					保護者の自筆署名		
使用ワクチン		接種量		実施場所・医師名・接種(見合わせ)年月日				
ワクチン名		皮下接種		実施場所:				
Lot No.		0.5ml		医師名:				
有効期限 年 月 日		接種(見合わせ)年月日:西暦 年 月 日						

(注) ガンマグロブリンは、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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

キリトリ線

医療機関控用

おたふくかぜ 予防接種（任意接種）

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.