

# 麻しん・風しん混合予防接種予診票（1期・2期）

これは、予防接種を受けるお子さんの健康調査です。

下の太わくのすべての項目について、ボールペンまたはペンであてはまるところに記入するか、○印でかこんでください。

		第 1 期		第 2 期	
(ふりがな)		性別	保護者の氏名		住 所
受ける人の氏名		男・女			区
平成 年 月 日生(満 歳 か月)					電話 ( - - )
				診察前の体温	度 分
質 問 事 項				回 答 欄	医師記入欄
この予診票に添付している「麻しん(はしか)・風しん予防接種について」を読みましたか				はい	いいえ
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 分娩時や出生後に異常がありましたか				いいえ	はい
その後、乳児健診等で異常があるといわれたことがありますか ( )				いいえ	はい
今日、体に具合の悪いところがありますか				いいえ	はい
具合の悪い症状を書いてください(熱・せき・鼻汁・下痢・吐く・その他 )					
最近4週間以内に病気にかかりましたか				いいえ	はい
病名 ( )					
4週間以内に家族や遊び仲間に応じたような病気の方がいましたか				いいえ	はい
病名(麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ)					
4週間以内に次のような予防接種を受けましたか				いいえ	はい
予防接種名(ポリオ、BCG、麻しん(はしか)・風しん、おたふくかぜ、水痘(水ぼうそう))					
1週間以内に上記以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )				いいえ	はい
生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ( )				いいえ	はい
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				はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最終発作 平成 年 月				いいえ	はい
そのとき熱がありましたか ( およそ 度 分 )				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				いいえ	はい
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				いいえ	はい
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 予防接種の名前 ( )				いいえ	はい
あればそのときの症状を書いてください 症状(熱・吐いた・注射部位のはれ・その他 )					
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				いいえ	はい
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(注)				いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか ( )				いいえ	はい
医師の記入欄					
診察所見 ( 異常なし ・ あり ) 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 )					
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、説明しました。					
医師署名又は記名押印 <b>堤 隆 博</b>					
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、接種を希望しますか。 ( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )					
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、本予診票が北九州市に提出されることに同意します。保護者自署 _____					
使用ワクチン名	接 種 量	接 種 回 数		実 施 場 所 ・ 医 師 名	
ワクチン名	(皮下接種)	第1期(生後12月~23月)		実施場所 <b>医療法人 つつみこどもクリニック</b>	
Lot No.	<b>0.5 ml</b>	第2期(5歳~6歳で就学1年前;年長児)		医師名 <b>北九州市八幡西区八枝3丁目9-30</b>	
		(該当のところを○でかこんでください)		理事長 <b>堤 隆 博</b>	
				接種年月日 平成 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、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。