

栃木県内相互乗り入れ用

母子健康手帳記載

済・未

## 麻しん風しん(MR) 予防接種 予診票

該当する方を○で囲んでください。

第1期・第2期

		診察前の体温		度 分	
住 所					
フリガナ	※市町から通知されている場合は記載 住民番号		男・女	生年 月 日	平成・令和
受ける人の氏名	市・町				年 月 日生
保護者の名前	電話 ( )		(満 歳 か月)		

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要などころに記入してください。

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市町から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
2 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生時の体重 ( ) 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	
3 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( )	ある	ない	
4 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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 ( )	はい	いいえ	
6 今までに麻しん又は風しんの予防接種を受けたことがありますか	ある	ない	
7 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	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、現在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 ( ) 歳頃 その時に熱がでましたか	ある はい	ない いいえ	
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	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	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がありますか 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	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接種を受けましたか	はい	いいえ	
15 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

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。

医師署名又は記名捺印

### 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)

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	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種)  0.5ml	医療機関 所在地 名 称  医 師 名 接種年月日 令和 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。