

麻しん・風しん（MR）予防接種申込書及び予診票

〔 1期 2期 〕

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所に○をして（記入日：令和 年 月 日）
詳細を記入し、氏名の欄に自筆で署名してください。

		診察前の体温	度	分
住所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号 ☎（ — — ）			
受ける人	フリガナ		保護者の氏名	
	氏名			
	生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 か月)	つれてきた人の氏名	
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、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」、母子健康手帳についている説明書（予防接種券綴り）または、ワクチンに関する説明リーフレットを読み、理解しましたか。			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。 出生体重（ ）グラム 分娩時、出生後、乳幼児健診等で異常があるといわれたことがありますか。			あった	なかった
3. 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
4. 母子健康手帳等の記録を確認してお答えください。 (1) 4週間(27日)以内に、BCG、麻しん(はしか)、風しん(三日ばしか)、麻しん風しん混合(MR)、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、のいずれかの予防接種を受けましたか。 (2) 1週間(6日)以内に上記以外の予防接種を受けましたか。 (3) いままで受けた予防接種で、特に具合が悪くなったことがありますか。 (その種類:)			う	け
5. (1) いま、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。 また、1か月以内に次の病気でお医者さんにかかりましたか。 麻しん(はしか)、風しん(三日ばしか)、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他病名() (かかったのは 年 月 日) (2) いま、何か薬を飲んでいますか。 (3) いま、しっしんなど皮膚の病気がありますか。			は	い
			い	る
			あ	る

6. (1) いままで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。 (薬品名・食品名) (2) ぜんそくや鼻アレルギーが起こったり、じんましんやしっしんのできやすいほうだと思いますか。	あ る 思 う	な い 思 わない	
7. いままでひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 (1) そのとき熱が出ましたか。(度 分くらい) (2) 平成 年ごろまでに 回くらいおこした。	あ る 出 た	な い 出 ていない	
8. いままで心臓、腎臓、肝臓、脳神経、先天性異常、免疫不全症、血液、発育障害の病気、血が止まりにくくなる病気、その他重い病気にかかったことがありますか。あれば病名() (かかったのは 年 月 日) 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といわれましたか。	あ る い い え	な い は い	
9. 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	
10. 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()	い る	い ない	
11. 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	
12. 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。	う け た	う け ない	
13. 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・見合わせたほうがよい**）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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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**）※かつこの中のどちらかを○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、本予診票が神戸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	実施場所・医師名・接種年月日
麻しん・風しん混合(MR)(1期・2期) 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン 製造所名 Lot. No. 有効期限 年 月 日	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 神戸市兵庫区大開通町目1002 森 医 院 医師名 三浦 幸行 接種年月日 令和 年 月 日

※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。