

麻しん・風しん混合 (MR) 予防接種予診票

1 期	2 期
-----	-----

(町提出用と医療機関用の複写式になっています。)

住 所	上三川町	診察前の体温	度	分
電話番号	()	母子手帳番号	番	
フリガナ		生 年 月 日		
受ける人の氏名		平成 年 月 日生		
保護者の氏名		(満 歳 か月)		

(太枠の欄は必ず保護者が記入してください。)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について上三川町から配られている説明書を読みましたか	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 乳幼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	
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 ()	は い	いいえ	
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	
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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	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 ()	は い	いいえ	
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、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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱がでましたか	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	
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	あ る	な い	
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	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	
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。 ○で囲んで下さい。
 このことを理解の上、本予診票が上三川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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種) 右・左	実施場所
Lot No.	0.5mL	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 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。

麻しん・風しん混合 (MR) 予防接種予診票

1 期	2 期
-----	-----

(町提出用と医療機関用の複写式になっています。)

住 所	上三川町	診察前の体温	度	分
電話番号	()	母子手帳番号	番	
フリガナ		生 年 月 日		
受ける人の氏名		男	平成 年 月 日生	
保護者の氏名		女	(満 歳 か月)	

(太枠の欄は必ず保護者が記入してください。)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について上三川町から配られている説明書を読みましたか	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 乳幼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	
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 ()	はい	いいえ	
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	
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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	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 ()	はい	いいえ	
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、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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱がでましたか	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	
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	あ る	な い	
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	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	
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○で囲んで下さい。
 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、本予診票が上三川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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種) 右・左	実施場所
Lot No.	0.5mL	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 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。