

RSウイルス感染症 予防接種予診票

岩国市

診察前の体温		度 分	
太枠内をご記入ください			
住 所 (現在住民登録している住所をご記入ください)※ 岩国市	電話番号		
ふりがな	接種日時時点で		
受ける人の氏名	妊娠 週数	妊娠	週 日目
生年月日 平成 年(西暦 年) 月 日		出産予定日	年 月 日
保護者氏名 (受ける人が16歳未満の場合は保護者の同意が必要です)			

※住所や質問の回答等の記載に間違いがあれば、予防接種健康被害救済制度を受けることができない場合や接種費用が自費となる場合があります。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今回の妊娠中にRS感染症の予防接種をうけたことがありますか。 (「はい」と回答された方は定期接種の対象となりません。)	いいえ	はい	
今日のRS感染症予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 ()	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断さ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。 具合の悪い症状を書いてください()	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。 予防接種の種類()	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	ない	ある	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	いいえ	はい	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間で、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか。	はい	いいえ	
今までに妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。	いいえ	はい	
妊婦健診を受けた際の医師に、RSウイルス感染症の予防接種を控えるようにいわれましたか。	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

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。

本人(接種を受ける者が16歳未満の場合は保護者)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、本予診票が市に提出されることに同意します。

本人自署(接種を受けるものが16歳未満の場合は保護者自署)

使用ワクチン名	接種方法・接種量 (筋肉内)	実施場所・医師名	接種又は問診年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml		