

成人風しん第5期MR予防接種 予診票

※太枠内に消えないボールペンで記入してください。

住所	那覇市	診察前 の体温	(度 分) ※体温は医療機関で測り 記入してください
フリガナ		電話番号	() —
接種を受ける 人の氏名			
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)		

※那覇市外に転出した方は、この予診票を使用することはできません。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日の予防接種について裏面の注意事項を確認しましたか。	はい	いいえ	
2	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	
3	現在、何か病気にかかっていますか。（病名：_____）	はい	いいえ	
	治療（投薬など）を受けていますか。 （治療の内容：_____）	はい	いいえ	
	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	
4	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5	今日、体に具合が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。（_____）	はい	いいえ	
6	薬や食品で皮膚に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	
7	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。 症状（_____） 予防接種の種類（_____）	はい	いいえ	
8	ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9	1ヵ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	
10	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（_____）	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言われましたか。	はい	いいえ	
11	最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（_____）	はい	いいえ	
12	6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（注1）の注射を受けましたか。	はい	いいえ	
13	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	被接種者が、風しん第5期予防接種の対象者であることを確認（した ・ していない）
	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）
	本人に対して、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、説明した。
	医師署名又は記名押印 _____

風しん第5期予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者(または代理人)自著 _____ (代理人の場合)続柄 _____

※自著できない者は代理人が署名し、被接種者との続柄を記載

医師記入欄	使用ワクチン名 ※2	接種量	実施場所・医師名	接種年月日
	ワクチン名 Lot No. 予診のみ ☐ ※3	皮下接種 0.5ml	実施場所： 医師名：	令和 年 月 日

※1 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治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

※2 有効期限が切れてないか確認 ※3 予診のみの場合は□にチェックを入れてください。

◇予防接種の一般的注意事項◇

◆接種を受ける前の注意

- ・接種当日は、朝から自身の状態をよく観察し、普段と変わったところの無い事を確認するようにしましょう。
- ・予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、分からないことは接種を受ける前に接種医に質問しましょう。
- ・事前に記入する予診票は、接種する医師への大切な情報です。責任を持って正確に状況を記入してください。

◆接種を受ける際に注意が必要な方

- ・心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などで治療を受けている。
- ・過去に予防接種を受けて二日以内に発熱または発疹、じんましんなどのアレルギーと思われる症状があった方。
- ・過去に免疫不全の診断を受けた方及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる方。
- ・ワクチンに含まれる卵の成分や、抗生物質、安定剤などについてアレルギーがあると言われたことのある方。
- ・薬の投与を受けて皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある。
- ・過去にけいれんやひきつけを起こしたことがある。
- ・予防接種を受けようとしたとき、周囲（家庭、職場等）で麻しんやおたふくかぜなどの感染症が流行している。

※上記に該当する方は、前もって主治医と相談しておきましょう。

◆接種を受けられない方

- ・37.5℃以上の発熱がある場合。
- ・重い急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ・今回受ける予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシー（ショック症状）を起こしたことがある方。
- ・その他、医師が不適當な状態と判断した場合。

◆予防接種を受けた後の一般的注意事項

- ・接種後30分間は接種を受けた医療機関で自身の状態を観察するか、医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。急な副反応はこの間に起こることがあります。
- ・接種後、生ワクチンは4週間、不活化ワクチンは1週間の副反応に注意しましょう。
- ・入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすことはやめましょう。また、激しい運動は避けましょう。

◆予防接種の副反応と健康被害救済制度について

ワクチンの種類によって異なりますが、発熱、接種局所の発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、発疹などが比較的多い頻度で認められます。通常、数日で改善するので心配はありません。

しかし、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状がおきた場合は、医師の診断を受けてください。国内で使用するワクチンは副反応の発生が比較的少ないと言われていますが、ワクチンの種類によっては、きわめてまれ（100万～数百万人に1人程度）に重い副反応が生じることもあります。このような場合に厚生労働大臣が、副反応が定期の予防接種によるものと認定した場合は、法に基づく健康被害救済の給付が受けられます。

※定期予防接種には対象者が決められています。対象者以外の方の接種は、料金が全額自己負担となり健康被害救済制度も法に基づかない給付の対象となる場合がありますので注意しましょう。