有効期限　　年　　月　　日

令和　　年　　月　　日記入

おたふくかぜワクチン接種予診票

今朝の体温	度　　分
診察前の体温	度　　分

住　　所	□ 野木町に住民票がある	野木町大字	TEL
ふりがな		男・女	生年月日	令和　　年　　月　　日生（満　　歳　　か月）
受ける人の氏名				
保護者の氏名				

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町から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
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　　分娩後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	
今日体に具合の悪いところがありますか はいの場合　具体的な症状（　　）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか はいの場合　いつ（　　月　　日～　　月　　日）病名（　　）	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか はいの場合　病名（　　）	はい	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか はいの場合　予防接種の種類（　　）期日（　　）月（　　）日	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、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	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　　）歳頃	はい	いいえ	
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 薬・食品名（　　）症状（　　）（　　）歳頃	ある	ない	
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がありますか 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方はいますか	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、副反応及び医薬品副作用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、医薬品副作用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　）※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。
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 Lot No.	（皮下接種） 0．5ｍｌ	実施場所 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。

【※必ず当日保護者が記入してください。】

野　木　町