

ワクチンの種類	麻疹風疹混合・麻疹単抗原・風疹単抗原・おたふくかぜ・水痘・他()				
住所	TEL				
受ける人の氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	西暦	年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
保護者の氏名 ※		体 温	当クリニック	度	分

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の説明文を読みましたか？	はい	いいえ	
接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生時、乳幼児健診など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	
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下さい。 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間にはしか、風疹、水ぼうそう、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	
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	
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言われましたか？	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ ()歳頃	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
6ヶ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	
女性の方へ、現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)は、ありますか？ (注) 接種後2ヶ月間は妊娠をさける必要があります。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか？	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(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)に対して、予防接種の結果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法について、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、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法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)

保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 自署 (続柄:)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	0.5ml	実施場所 わたなべクリニック 医師名 渡邊 剛毅 接種年月日 西暦 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ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※ 接種を受ける人が既婚の場合には記載の必要はありません。

