

麻疹・風疹 混合(MR)ワクチン接種予診票

サナシオクリニック

| | | | | | |
|----|--------|------|--------|-----|-----|
| | | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 | | 年齢 | 性別 |
| | | 西暦 | 年 月 日 | 才 | 男・女 |
| 住所 | | | | 連絡先 | |
| 〒 | | | | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-----|-----|-------|
| 予防接種についての説明文を読み、効果や副反応等について理解しましたか | はい | いいえ | |
| 接種を受けられる方が女性の場合 | | | |
| 1. 妊娠中あるいは妊娠の可能性(生理が普段より遅れている)がありますか | はい | いいえ | |
| 2. 接種後、2ヶ月の避妊について説明・ご理解頂けましたか | はい | いいえ | |
| 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名() | ある | ない | |
| 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 薬品・食品名() | ある | ない | |
| 今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 (具体的に:) | ある | ない | |
| 4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() | はい | いいえ | |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマーグロブリンの注射を受けましたか | はい | いいえ | |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか | ある | ない | |
| 現在、気管支ぜんそくと診断されていますか | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか | いる | いない | |
| 生まれてから今までに家族など身の回りに結核にかかった方がいましたか | はい | いいえ | |
| 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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 | |
| 現在、何か治療・投薬をうけていますか、又は1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか 具体的な症状・薬品名() | はい | いいえ | |
| 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか 質問() | はい | いいえ | |

| | |
|---|------|
| 医師記入欄 | 医師署名 |
| 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) | |
| 本人及び保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機総合機構法に基づく救済について説明した。 | |

| | |
|---|-------------------|
| 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) | 本人の署名(もしくは保護者の署名) |
|---|-------------------|

| | | |
|---------------|---------------|-----------------|
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
| ワクチン名 | (皮下接種) 0.5 ml | 実施場所 |
| Lot No | (接種部位) | 医師名 |
| 最終有効年月日 年 月 日 | 上腕伸側部(左・右) | 接種年月日 年 月 日 時 分 |

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種に関する予診にのみ使用します

麻疹・風疹・混合（MR）ワクチンの接種を受けられる方へ

■予防接種を受けることが出来ない人

- ①妊娠していることが明らかな人。（ワクチン接種後は少なくとも2ヶ月間は避妊が必要です。）
万が一ワクチン接種した後に妊娠がわかった場合はかかりつけの産婦人科医にご相談下さい。
- ②ワクチンを受ける3ヶ月以内にガンマグロブリンの注射を受けた人は免疫が十分に出来ませんので接種を受けることを延期する必要があります。（大量のガンマグロブリンの注射を受けたことがある人は6ヶ月程度延期する必要があります）
- ③生ワクチン（麻疹・風疹 BCG ポリオ、水痘、おたふくかぜ、黄熱、等）の後は27日以上、不活化ワクチン（インフルエンザ、A型肝炎、B型肝炎、日本脳炎、等）の後は6日以上間隔をあける必要があります。
- ④明らかに発熱がある人（37.5度を超える人）
- ⑤重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ⑥過去に麻疹、風疹の接種を受けてアナフラキシーを起こしたことがある人。なお、他の医薬品でアナフラキシーを起こした人は必ず接種前に医師に相談して下さい。
- ⑦その他、医師が予防接種を受けることを不相当と判断した人

■接種を受けるのに注意が必要な人

- ①心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- ②これまで予防接種で2日以内に発熱が見られた人、又はアレルギーを疑う症状（全身の発疹や蕁麻疹など）がみられた人
- ③これまでにけいれんを起こしたことがある人
- ④これまでに免疫機能に異常があるといわれたことがある人
- ⑤ワクチンに含まれる成分でアレルギーを起こすおそれのある人
- ⑥薬や食べ物でアレルギーを疑う症状がみられた人
- ⑦接種当日の体調が普段と違う人
- ⑧家族や周りで最近1ヶ月以内に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ等にかかったことがある人がいる場合
- ⑨最近1ヶ月以内に何か病気にかかった事がある人

■その他注意すること

※注意事項をしっかりと読んで下さい。また予診票はこれまでの様子を知るための重要な情報ですので正しく記入して下さい。

※接種した当日は入浴可能ですが、接種部位をこすらないようにして下さい。また、激しい運動は控え、体調をよく観察しましょう。もし、何か気になる症状が見られる場合は接種医に相談して下さい。

※接種後2ヶ月間は妊娠しないように注意して下さい。