

MR(麻しん・風しん混合)・風しん予防接種予診票(任意接種用)

<公費負担対象者条件>風しん抗体検査の結果、抗体価が低い方で下記の該当者。○をつけてください。 ※風しん抗体検査は必ず受けて下さい。

①妊娠希望者(妊婦は除く) ②妊婦の同居家族(配偶者家族を含む) ③妊娠希望者の同居家族(配偶者を含む)

*ただし、②③は妊娠希望者及び妊婦自身の抗体価が低い場合に限る。

▼これは、予防接種を受ける方の健康調査です。
下の太枠の項目について記入してください。

診察前体温

度 分

抗体検査結果について

氏名 <u>ツリガナ</u> 男・女	住所 (飯塚市・嘉麻市・桂川町 いずれかに○)	検査方法()法 検査キット() 検査結果()
昭和・平成 年 月 日生(歳 ヶ月)	TEL(- -)	実施機関 該当するものに○ 医療機関・保健所・妊婦健診

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市町村から配られている「説明書」を読みましたか	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)妊娠している場合は接種できません。	いいえ はい	
【配偶者(パートナー)または同居の家族の方へ】 抗体価の低い女性は次のいずれに該当しますか。その方の抗体価は()	妊婦 妊娠希望者	
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ください()	いいえ はい	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名() (月 日頃)	いいえ はい	
いままでに麻しん及び風しんの両方にあきらかにかかったことがありますか	いいえ はい	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名() (月 日頃)	いいえ はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() (月 日)	いいえ はい	
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いわれましたか	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃)	いいえ はい	
※そのとき熱がでましたか	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	
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	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はありますか 予防接種名()	いいえ はい	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ はい	
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	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か
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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

(同意します ・ 同意しません)

本人署名

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 (注)有効期限がきれていないか確認	(皮下接種) 0.5ml		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ヶ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でないことがあります。

※減免者の確認 一般(有料) 非課税世帯(市町村住民税非課税世帯証明書の添付)
 生活保護者(ケース番号No.)

☆ 担当医療機関様へ 接種後、予診票は翌月の10日までに提出してください。

飯塚市・嘉