

RS ウイルス感染症予防接種予診票（妊婦用）

		診察前の体温	度	分
フリガナ 氏名		住所（住民票のある住所）		
生年月日	年	月	日生（	歳）
		電話番号（		

質問事項	回答欄		医師記入欄
RS ウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい	いいえ	
今日の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	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名（			
治療（投薬など）を受けていますか。	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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。（			
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。	はい	いいえ	
予防接種の種類（			
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	
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。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類（			
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	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名（			
今日は妊娠 28 週 0 日目から 36 週 6 日目までの間であり、出産予定日は今日から 15 日以上過ぎた日ですか。	はい	いいえ	
妊娠週数（			
週	日目）	出産予定日（	
年	月	日）	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。	ある	ない	
妊婦健診を受けた際の医師に、RS ウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。	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	

医師記入欄	<p>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、説明した。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	--

使用ワクチン名	接種方法	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
使用ワクチン Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射	0.5mL	実施場所 医師名 接種年月日
			令和 年 月 日

RS ウイルス感染症予防接種希望書（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。

令和 年 月 日 被接種者自署 _____

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

（※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署）

13歳以上16歳未満の方は保護者の同伴が必要です。保護者が同伴しない場合は、下記の同意書が必要となります。

○保護者の方へ

やむを得ずお子様の接種に同伴できない場合、下記事項をよくお読みいただき記入してください。

予防接種は保護者の同伴が原則ですが、RSウイルス感染症予防接種については接種するお子様が13歳以上で下記①～③の要件を満たした場合に限り、保護者が同伴しなくても接種を受けることができます。

- ① 「RSウイルス感染症の定期接種(母子免疫ワクチン)についての説明書」を保護者が事前に読み、予防接種の効果や副作用について理解していること
- ② 保護者が予診票に必要事項を記入すること
- ③ 保護者が予診票の保護者自署欄と下記同意欄に自筆で必要事項を記入すること

RSウイルス感染症の予防接種に関する説明資料の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

RSウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

保護者が同伴しない場合は上欄に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

表面予診票の被接種者自署欄にも保護者の署名をお願いします。

※接種の際に保護者が同伴する場合や、16歳になられた方は本様式の記入は不要です。