

# おたふくかぜワクチン予防接種予診票

第1期	第2期
-----	-----

※右上の第1期、第2期のどちらかに○印をつけてください

※どちらかに○印をつけてください

接種対象年齢  
 ・第1期…1歳以上2歳未満  
 ・第2期…5歳以上7歳未満で小学校就学前の1年間

予防接種番号(8桁)記載欄

受ける人の住所	鹿児島市	丁目	番	号
		町	番地	TEL ( )
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者の氏名			診察前の体温	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「おたふくかぜワクチン予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( ) g 分娩時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 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 病名 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 ( )	はい	いいえ	
1か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 ( 月 日頃) そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬品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はありますか 薬品・食品名 ( )	はい	いいえ	
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はありますか 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、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の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 [ ]

◆保護者記入欄◆ (医師の診断の結果、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(PMDA)の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 )  
 ※かつこの中のどちらかを○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、本予診票が鹿児島市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	皮下接種	実施場所
Lot No.	m l	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 年 月 日