

RSウイルス感染症予防接種予診票

対象者：妊娠28週0日から36週6日までの妊婦

	診察前の体温	度	分	[予防接種シール貼付欄]
住所	鹿児島市	丁目	番	号
		町	番地	電話番号 ()
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	生年月日	昭和・平成	年 月 日 (満 日生 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
RSウイルスワクチン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	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか 妊娠週数 (週 日目) 出産予定日 (年 月 日)	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
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	
今日受ける予防接種について、同封の「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
今日受ける予防接種について、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 病名 ()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	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	
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 具体的な症状 ()	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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	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はありますか 薬品・食品名 ()	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 () 接種日(令和 年 月 日頃)	はい	いいえ	
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いわれましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名 ()	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。
被接種者(保護者)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 []

◆被接種者記入欄◆

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・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。 ※代筆者氏名 _____

令和 年 月 日 ※被接種者署名 _____

※代筆者続柄 _____

(※自署ができない者は代筆者が、16歳未満の者は保護者が「被接種者署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載)

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	筋肉内接種	実施場所
Lot No.	0.5ml	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