

おたふくかぜワクチン予防接種予診票

受ける人の氏名		性別	生年月日		
ふりがな		男女	年 月 日生 (歳 か月)		
			1歳の誕生日の前日から有効 任意接種となります		
保護者の氏名	電話番号		母子健康手帳 で今までのお たふくかぜワ クチンの接種 年月日を確認 し右表にご記 入ください	今回接種を○で囲む	今までの接種年月日
				1回目	年 月 日
住所				2回目	年 月 日
診察前の体温		度	分	太枠部分を記入し母子健康手帳と一緒に持参ください	


質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について市町村から配られている「予防接種と子どもの健康」を読みましたか。	はい いいえ	
2. これまでにおたふくかぜに罹患したことがありますか。	はい いいえ	
3. あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 出生時体重 () 在胎週数 (週) 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。 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
4. 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。 ()	はい いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名 () 今、どうしていますか。 ① (月 日頃) 治った。 ②現在も治療中。	はい いいえ	
6. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気のかたがいましたか。 いつごろ (月 日頃) 病名 ()	はい いいえ	
7. 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかったかたがいましたか。	はい いいえ	
8. 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	
9. 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 () 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	
10. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 いつごろ () そのとき熱が出ましたか。	はい いいえ	
11. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
12. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されているかたはいますか	はい いいえ	
13. 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。 いつごろ (歳頃) 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
14. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったかたはいますか。	はい いいえ	
15. 最近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	
16. 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。
本人又は、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法に基づく救済について説明しました。
医師の署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄

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することに (同意します ・ 同意しません) 。
署名 (代筆者の場合：続柄)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No. :	皮下接種 □0.5mL	

おたふくかぜワクチンの接種について(任意接種用)

接種を受ける時の注意

1. おたふくかぜワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前に医師に相談しましょう。
2. 受ける前日は入浴(シャワー)をして、体を清潔にしましょう。
3. 当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところがないことを確認してください。
4. 清潔な着衣をつけましょう。
5. 予診票は正確に記入するようにしましょう。
6. 接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳があれば持っていきましょう。

予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱のある人(37.5℃を超える人)
2. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
3. 過去におたふくかぜワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーをおこしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
4. 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する人および免疫抑制をきたす治療を受けている人
5. 妊娠していることが明らかな人(ワクチン接種後は約2か月間の避妊が必要です)
6. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

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. 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
3. カゼなどのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、蕁麻疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与または食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹がでたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までに痙攣を起こしたことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人

予防接種を受けた後の注意

1. インフルエンザワクチンを受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐ連絡をとれるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチン接種後、1週間は副反応の出現に注意しましょう。
3. 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
4. 接種当日は、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
5. 万一、高熱や痙攣等の異常な症状がでた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。