

接種量
0.5ml

RSウイルス感染症 予防接種予診票(妊婦用)

母子健康手帳交付番号						診察前の体温	度	分	
住 所	久留米市								
フ リ ガ ナ					男・女	電話()			
受ける人の氏名					生年月日	昭和・平成	年	月 日生	
						(満		歳)	
質 問 事 項 () 内に数字、○印など記入してください							回 答 欄		医師記入欄
1. 今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間で、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)							いいえ	はい	
2. 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。ある場合、それは今回の妊娠中ですか。							はい	いいえ	
3. 今日受ける予防接種について裏面の説明書を読みましたか。							いいえ	はい	
4. 今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。							いいえ	はい	
5. 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)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。							いいえ	はい	
6. 今日、身体に具合の悪いところがありますか。具合の悪い症状を書いてください。()							はい	いいえ	
7. 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。予防接種の種類()							はい	いいえ	
8. 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。病名()							はい	いいえ	
9. 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	
10. 今までに病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか。(心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全、その他)							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。							いいえ	はい	
11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。							はい	いいえ	
12. 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。(薬、食品名)							はい	いいえ	
13. 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	
14. 妊娠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	
15. 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(見合わせた方がよい ・ 実施できる)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									
RSウイルス感染症予防接種希望書									
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、接種することを希望しますか。(希望しません ・ 希望します)									
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									
<small>※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</small>									

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所 ・ 医師名 ・ 実施年月日		
ワクチン名	筋肉内接種	実 施 場 所		
Lot No.	(右腕・左腕)	医 師 名		
(注)有効期限が切れていないか要確認	0.5ml	実 施 年 月 日		
		年	月	日