

RSウイルス感染症予防接種 予診票（妊婦用）

船橋市

※太枠内を記入してください

受診日	西暦	年	月	日	診察前の 体温	度	分
-----	----	---	---	---	------------	---	---

住所							
接種者コード							※機械で読み取りますので、はっきりと枠内に記入してください。
ふりがな						生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)
受ける人の氏名							
保護者の氏名※						電話番号	

※接種を受ける人が満 16 歳以上の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

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。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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	
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。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	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がありますか。 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。 予防接種の種類（ ）	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言われましたか。	いいえ	はい	
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	
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。 妊娠週数（ 週 日目） 出産予定日（ 年 月 日）	いいえ	はい	
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	
現在、授乳をしていますか。	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・見合わせたほうがよい ）と判断します。 見合わせた場合の理由（ ） 本人（接種を受ける者が 16 歳未満の場合は保護者）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、説明しました。 医師の自筆署名 又は記名押印
-------	---

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、予防接種健康被害救済制度等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** ） ※カッコの中のどちらかを○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、本予診票が市に提出されることに同意します。

被接種者自署※

（※被接種者が 16 歳未満の場合は**保護者自署**）

使用ワクチン名	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 年 月 日	筋肉内注射	0.5 mL	実施場所 医師名 接種年月日 西暦 年 月 日