

RSウイルス感染症予防接種予診票（妊婦用）

対象：妊娠28週0日から36週6日までの者

我孫子市

受診日	西暦	年	月	日	診察前体温	度	分
母子健康手帳番号	ふりがな						
受ける人の氏名					妊娠週数	週	日
受ける人の生年月日	西暦	年	月	日			
住所	我孫子市						
電話番号							

質問事項	回答欄		医師記入欄
RSウイルス母子免疫ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
“はい”と回答した場合、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	
“はい”と回答した場合、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）をお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はありますか	ある	ない	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（ 月 日： ）	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	
“はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
“はい”と回答した場合、その時に熱はありましたか	あった	なかった	
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） 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リスクが高いと言われたことがありますか	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	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合（ ）	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** ・ **見合わせる** ）と判断します。

見合わせた場合の理由（ ）

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** ）※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。

自筆署名 _____

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