

RSウイルス感染症 予防接種予診票

住所

栃木市 町

※接種日に、転出または対象週を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。

フリガナ

診察前の体温

度

分

氏名

生年月日

昭和
・
平成

年

月

日

(満 歳 か月)

性別

男 ・ 女

電話番号

質問事項

回答欄

医師記入欄

RSウイルス感染症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RSウイルス感染症予防接種について、栃木市が作成した説明書を読みましたか。

はい

いいえ

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。

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。

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

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

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

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(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

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

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)

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がありますか。

はい

いいえ

妊婦検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・見合わせた方がよい)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(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

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などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)。※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、本予診票が栃木市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

代筆者署名(家族等)

(続柄:)

自署できない場合は代筆者が被接種者氏名を署名し、あわせて代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。

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

筋肉内注射

0.5ml

令和

年

月

日

有効期限が切れていないか要確認

※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。