

(案)

(別紙2)

RSウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用)

		診察前の体温	度	分	
住 所					
受ける人の氏名				性別	女
生 年 月 日	年	月	日 (満 歳)		

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、説明書「RSウイルス感染症と予防接種」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。	はい	いいえ	
病名 ()			
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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
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。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
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。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
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。	はい	いいえ	
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	
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。	はい	いいえ	
病名 ()			
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。	はい	いいえ	
妊娠週数 (週 日目) 出産予定日 (年 月 日)			
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	
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 ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 被接種者(被接種者が16歳未満の者の場合は保護者)に対して、予防接種の効果や副反応(重大な副反応含む)、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			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応(重大な副反応含む)、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) 。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者自署 _____

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	筋肉内接種	実施場所	医師名	
LOT NO.	0.5ml	接種年月日	年	月 日
(注)有効期限が切れていないか確認				