

区から届いた予診票（定期接種）をお持ちの方は、そちらをご持参ください。この用紙は不要です。
医師記入欄・クリニック記入欄以外をご記入のうえ、当日お持ちください。「はい」「いいえ」はどちらかに○をつけてください。

診察前の体温	度 分（来院時に測定）		
住所	〒 ー		
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（満 歳）	電話	

接種するワクチン： ☐ MR（麻しん風しん混合） ☐ 風しん ☐ 麻しん

	質 問 事 項	回答	医師記入欄
1	今日受ける予防接種について、説明（効果・副反応など）を読みましたか	はい・いいえ	
2	現在、何かの病気で治療（通院・投薬など）を受けていますか 病名・薬名（ ）	はい・いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 症状（ ）	はい・いいえ	
4	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	
5	心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、がん、免疫の病気などと診断されたことがありますか 病名（ ）	はい・いいえ	
	「はい」の方：その病気の主治医から、今日の接種を受けてよいと言われているか	はい・いいえ	
6	免疫を抑える治療（ステロイド・免疫抑制剤・抗がん剤・生物学的製剤など）を受けていますか 薬名（ ）	はい・いいえ	
7	麻しん・風しんにかかったこと、またはワクチンを接種したことがありますか ☐ 麻しん（ 回） ☐ 風しん（ 回） ☐ わからない	はい・いいえ	
8	麻しん・風しんの抗体検査を受けたことがありますか 結果（ ）	はい・いいえ	
9	最近3か月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか（大量療法の方は6か月以内）	はい・いいえ	
10	1か月以内に、家族や周りで麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜにかかった人がいますか	はい・いいえ	
11	近親者に、先天性免疫不全症と診断されている方がいますか	はい・いいえ	
12	（女性の方）接種後2か月間は、妊娠しないように注意できますか	はい・いいえ	
13	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	
14	薬や食品で、じんましん・発疹が出たり、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	
15	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 ワクチン名・症状（ ）	はい・いいえ	
16	最近1か月以内に、ほかの予防接種を受けましたか ワクチン名（ ） 接種日（ 月 日）	はい・いいえ	
17	血液をサラサラにする薬を飲んでいる、または血が止まりにくい病気がありますか	はい・いいえ	
18	（女性の方）現在妊娠している、またはその可能性がありますか／授乳中ですか	はい・いいえ	
19	今日の予防接種について、医師に質問したいことがありますか	はい・いいえ	

※ 生ワクチンのため、妊娠中の方・免疫を抑える治療中の方は接種できません。

医師記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 実施できる ・ 見合わせる ） 本人（保護者）に対して、予防接種の効果・副反応および健康被害救済制度について説明しました。	医師署名
--	------

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重い副反応が起こる可能性などについて理解したうえで、
接種を（ 希望します ・ 希望しません ） ※どちらかに○をつけてください

記入日 年 月 日	本人署名	代筆者・保護者署名（続柄 ） 本人が署名できない場合
--------------	------	-------------------------------

以下はクリニック記入欄

ワクチン名	Lot No.	接種量	接種部位・方法	接種日時	実施医師
		mL	右・左 皮下・筋肉内	年 月 日 ：	