

記入日	令和 年 月 日	診察前の体温	度 分
住所	和歌山市		
受ける人の氏名	ふりがな	女	生年月日 昭和・平成 年 月 日生
保護者の氏名 ※		電話番号	

※接種を受ける者が、16歳未満の場合には「保護者の氏名」欄の記載が必要です。

注意  
1 2  
太線の  
予防接種  
を受ける  
ときは、  
母子健康  
手帳を  
お持ち  
ください。  
は○で  
かこん  
でくだ  
さい。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回の接種日に、和歌山市に住民登録がありますか。 ※「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。	いいえ	はい	
今日受ける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	
今日は妊娠28週0日目から妊娠36週6日までの間ですか。 ※「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。 妊娠週数 ( 週 日目) 出産予定日 ( 年 月 日)	いいえ	はい	
出産予定日または予定帝王切開の日は今日から15日以上過ぎた日ですか。 「いいえ」の方…接種後14日以内に出生した乳児の有効性はまだ分かっていないため、医師に説明を受け、同意の上接種してください。	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。	はい	いいえ	
妊婦健診を受けたときに、医師からRSウイルス感染症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。 具体的な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。 ( )歳頃	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	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( <b>可能</b> ・ 見合わせる ) と判断します。</li> <li>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などについて説明しました。</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>医師署名又は記名押印:</b></p>	見合わせ理由
-------	---	--------

<ul style="list-style-type: none"> <li>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、接種を希望しますか。 ( <b>希望する</b> ・ 希望しない )</li> <li>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。</li> </ul> <p>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。 <b>被接種者自署:</b> _____</p> <p style="text-align: right;">(※接種を受ける者が16歳未満の場合は保護者)</p>
---

使用ワクチン製造元	Lot No.	接種場所・医師名	接種年月日
ファイザー		実施場所:	
	接種量(筋肉内注射)	医師名:	医療機関番号
□(注)有効期限がきれていないか確認	0.5ml		

## 予防接種を受ける人が、満16歳未満の方について

※本様式は、予防接種を受ける人が満16歳未満で保護者が同伴しない場合に必要となるものです。  
お子様が一人で予防接種を受ける場合は、必ずこの欄を記入のうえ予診票を提出させてください。  
予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

**○保護者の方へ:** 説明文をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。**署名がなければ予防接種は受けられません。**

接種を希望しない場合には、自署欄に記載する必要はありません。

RSウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解のうえ、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署

住所

緊急の連絡先