

【ハガキ表面見本】

【予診票見本】

郵便はがき

料金後納
郵便

〒〇〇〇—〇〇〇〇
鹿児島市〇〇町〇〇〇〇
〇〇 〇〇様
(〇〇 〇〇様分)

宛名番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

※上記の宛名番号（8桁）を予診票右上の「宛名番号記載欄」に記入すること

★予防接種に関するお知らせ★

おたふくかぜ予防接種の助成を行います。
(詳細は、裏面をご覧ください。)

転記

おたふくかぜワクチン予防接種予診票

宛名番号記載欄(8桁) ※宛内はご自身の宛名番号を記載

氏名	性別	生年月日	年齢	性別	氏名
氏名	性別	生年月日	年齢	性別	氏名

おたふくかぜワクチン予防接種の告知(※)を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
接種時に異常がありましたか	あった	なかった	
接種後に異常がありましたか	あった	なかった	
気分悪化等異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
アレルギー反応がありますか	はい	いいえ	
接種後に発熱がありましたか	はい	いいえ	
接種後2週間以内に発熱、悪寒、水痘、おたふくかぜなどの病気がありましたか	はい	いいえ	
接種後1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予診票の記載	はい	いいえ	
生まれてから今までに気管支炎、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか	はい	いいえ	
その病気を患ってしまっている状態に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいせん)をおこしたことがありますか (月 日頃)	はい	いいえ	
その他おそれおそれましたか	はい	いいえ	
食品や食品でアレルギー発症やじんましんが出たり、痒みなどが悪くなったことはありませんか	はい	いいえ	
薬品・食品名	はい	いいえ	
接種前に気管支炎や喘息で薬を飲んでいる方はいますか	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はありませんか	はい	いいえ	
予診票の記載	ある	ない	
接種前に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に罹患あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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◆
 以上の問診及び問診の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせての方がよい) と判断します。
 接種者に対して、予防接種の効果や目的、意義や副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品副作用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: ()

◆保護者記入欄◆ (医師の指示の読み、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、意義や副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品副作用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○で記入してください。
 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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。 保護者自署: ()

接種ワクチン名	接種量	実施場所・実施日・接種年月日
ワクチン名	接種量	実施場所
Lot No.	接種量	実施日
(注) 有効期限が切れている場合は記載		接種年月日、時刻 年 月 日