

【生】乾燥弱毒生水痘ワクチン 予診票

〔市提出用〕
〔任意接種〕

		診察前の体温		度 分	
回数	1回目（今回が初めて） ※市が費用負担を行うのは1回限りです				
住所	小金井市 町 丁目 番 号			電話	() -
フリガナ			男・女	年 月 日生	
受ける人の氏名			生年月日	(満 歳 か月)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、説明書を読み理解しましたか。	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 ()	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 また、その病気で治療（投薬など）を受けていますか。 病名、具体的な症状、薬の名前等を書いてください。 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか。 病名 ()	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 (年 月 日)	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	
これまでに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診察を受け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いわれましたか。	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	
そのときに熱が出ましたか。	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。 薬の名前・食品名 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。 受けた理由 ()、受けた日 (年 月 日)	はい	いいえ	
(女性の方に) 現在、妊娠している、あるいは妊娠している可能性はありますか。 接種後2か月間の避妊についてご理解いただけましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問や伝えておきたいことはありますか。 具体的に ()	はい	いいえ	

医師の記入欄 ※以下の事項を、必ずご確認ください。

□先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できません。

例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染又はAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる。

□薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は接種できません。

生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください。

・免疫抑制剤：シクロスポリン（ネオーラル、サンディミュン）、タクロリムス（プロGRAF）、アザチオプリン（イムラン等）

・副腎皮質ステロイド剤（注射剤、経口剤）：プレドニゾロン等 ・その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

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。

接種を受ける本人に対して、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 _____

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

本人自署 _____

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 Lot No. (注) 有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日
接種区分 带状疱疹（生ワクチン）		