

住所	千葉県 区	電話	— —
フリガナ		性別	※医療機関記載欄 実施日
氏名	男・女	西暦	年 月 日
生年月日	年 月 日 (歳)	※医療機関記入欄	風しん抗体検査結果の確認書類等
あなたは、次のどれに該当しますか。 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 妊娠希望の女性	<input type="checkbox"/> 抗体検査結果通知 (実施日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認書類
	<input type="checkbox"/> 妊娠希望女性の同居家族*1 又は抗体価が低い妊婦の同居家族*1 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない ※この事業を利用して助成を受けられるのは1人1回までです。		抗体検査法
あなたが受けた風しん抗体検査は、次のどれに該当しますか (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 千葉県が実施する風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 自費の抗体検査 <input type="checkbox"/> 千葉県・船橋市・柏市が実施する風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健診時の風しん抗体検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	診察前の体温	度 分

*1 同じ家に住んでいる方

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、この予診票の裏面に記載の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ	はい	
千葉県が行っている麻しん風しん混合ワクチン任意予防接種費用助成を受けたことがありますか。 ※回答が「はい」の方は対象外です。	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	
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	
1か月以内に、家族や親しい友人に、はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名(月 日:)	はい	いいえ	
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。病名()	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よいと言われましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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。	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。 予防接種名()	ある	ない	
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。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。(日付:種類) (月 日:) (月 日:)	はい	いいえ	
6か月以内に輸血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。ある場合()	はい	いいえ	
女性の方に伺います。現在、妊娠をしていますか(または妊娠している可能性がありますか)。 ※接種後2か月間は妊娠を避ける必要があります。	はい	いいえ	

※この用紙は、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名	実施医療機関名		
Lot.No.			
有効期限	西暦	年 月 日	
接種量及び接種方法		接種医師名	
0.5ml	皮下接種		

医師の記入欄 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をしました。
医師署名又は記名押印

【被接種者(被接種者が16歳未満で、かつ、保護者もしくは代理者が同伴する場合は保護者もしくは代理者)の記入欄】
(※保護者に代わって代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性、千葉県市町村予防接種事故補償制度などについて理解したうえで、接種を受けることに同意します。また、この予診票が千葉県市に提出されることに同意します。

本人自署(本人が未成年の場合保護者) 代筆者署名 続柄
本人が署名できない場合は、本人の意思を確認したうえで代筆者が署名し、続柄を記入してください。

【保護者の同意欄】(※被接種者が13歳以上16歳未満で保護者が同伴しない場合は、この欄の保護者の署名が必要です)
麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果・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うえで、接種を受けることに同意します。また、この予診票が千葉県市に提出されることに同意します。

保護者自署 緊急時の連絡先

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります。

麻しん風しん予防接種(医療機関控)

1 被接種者名 2 生年月日 年 月 日
3 接種年月日 年 月 日 4 メーカー名・Lot No.

麻しん風しん予防接種(本人控)

1 被接種者名
2 接種年月日 年 月 日
3 メーカー名・Lot No.

医療機関名
接種医師名

【風しん対策事業】麻しん風しん混合ワクチン予防接種を受けられる方へ

【接種を受ける時の注意】

- ①接種を受ける方の風しん抗体価が低いことが確認できる書類等を必ず持参してください。
持参がない場合は、千葉市の助成事業を利用することはできません。
- ②接種を受ける方がお子さんの場合は、できるだけ母子手帳もお持ちください。
- ③接種を受ける方が13歳未満または13歳以上16歳未満で保護者の同意がない場合は、保護者の同伴が必要です。

【ワクチンの効果】

麻しん風しんワクチンを接種することによって、95%以上の人に免疫を獲得することができるといわれています。

【ワクチンの副反応】

ワクチン添加物により接種直後(30分以内)にじんましん、呼吸困難等のアナフィラキシー症状を呈することがあります。

また、このワクチンは生ワクチン(弱毒化したウイルスを利用してつくられたワクチン)のため、接種後、発熱、発しんなど麻しん、風しんに似た症状が出る場合があります。まれに、血小板減少性紫斑病、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)、脳炎等が生じる可能性があります。接種後4週間程度は注意が必要です。

【予防接種を受けることができない方】

- ①明らかに発熱(37.5℃以上)している方。
- ②重篤な急性疾患にかかっている方。
- ③その日に受ける予防接種の接種液に含まれる成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある方。
- ④妊娠中の方、妊娠している可能性がある人。
- ⑤その他、医師が不適當な状態と判断した場合。

【予防接種を受ける際に注意を必要とする方】

- ①心臓や腎臓、肝臓、血液の病気や発育の障害などで治療を受けている方。
- ②予防接種で2日後以内に発熱、全身性発疹等のアレルギーと思われる症状が見られた方。
- ③過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある方。
- ④過去に免疫不全の診断がなされている方及び近親者に先天性免疫不全症の方がいる方。
- ⑤麻しん風しんワクチンの成分に対してアレルギーを起こす恐れがある方。

【予防接種を受けた後の一般的な注意点】

- ①予防接種を受けた後30分間は医療機関で待機するか、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- ②接種当日は激しい運動を避けましょう。
- ③接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差しつかえありませんが、接種部位をこすらないようにしましょう。
- ④接種後4週間は健康状態に気を付けましょう。
- ⑤接種後、異常な反応や体調の変化があった場合は、速やかに医師の診察をうけましょう。
- ⑥**女性の方は、接種後2か月間は妊娠を避けることが必要です。**
- ⑦健康被害が発生した場合には「医薬品副作用被害救済制度」が適応となる場合があります。詳しくは独立行政法人医薬品機器総合機構のホームページ等をご覧ください。
*本予防接種により健康被害が生じた場合は、千葉県市町村予防接種事故補償制度による補償が受けられる場合があります。