

**MR(麻疹・風疹)  
自費接種用**

**予防接種予診票兼接種券**

\*接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。  
\*お子様が接種される場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温	度	分
電話	( )	-
生年月日	年	月 日生
男・女	(満	歳 ヲ月)

住所	フリガナ
受ける人の氏名	保護者の氏名

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 接種を受ける人の発育歴についておたずねします 出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
2. 今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
3. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( ) 月 日頃 )	はい	いいえ	
4. 1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名 ( ) 月 日頃 )	はい	いいえ	
5. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( / 月 日 ) ( / 月 日)	はい	いいえ	
6. 生まれてから今までに特別な病気（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）にかかり医師に診察を受けていますか 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	
7. ひきつけ（けいれん）を起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	
8. 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
9. 家族や親戚の中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	
10. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
11. 家族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	
12. 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をしましたか	はい	いいえ	
13. (ご婦人の方に) 現在妊娠をしていますか	はい	いいえ	
14. 今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

**医師の記入欄**

医師のサイン

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか

保護者（または本人）のサイン

( はい ・ 見合わせます )

使用ワクチン名	摂取量	実施場所：〒470-0113日進市栄二丁目112番地 医師名：医療法人 川井小児科クリニック 川井 進 TEL (0561)72-7070 接種日時： 年 月 日
ワクチン名	(皮下接種)	
Lot. No.	0.5 ml	

※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ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。