麻しん風しん混合ワクチンの接種を受けられる方へ

この予診票は、任意で接種を希望される方用です。定期接種として接種を受ける場合、あるいは、公的補助等を受けて接種を受ける場合は、お住まいの自治体（市区町村）からの通知をご覧ください。麻しん、風しんの予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、裏面の予診票にできるだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。
なお、麻しん、風しんについては、武田薬品のホームページ（https://www.takeda.co.jp/patients/vaccine_portal/mashin-fushin/）でも紹介しています。

接種を受ける時の注意

① 麻しん風しん混合ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前に医師に相談しましょう
② 受ける前日は入浴（又はシャワー）をして、体を清潔にしましょう
③ 当日は体調をよく観察して、ふだんと変わったところのないことを確認してください
④ 清潔な着衣をつけましょう
⑤ 予診票は医師への大切な情報です。正確に記入するようにしましょう
⑥ 接種を受ける方がお子さんの場合、母子手帳があれば持っていきましょう

予防接種を受けることができない人

① 明らかに発熱のある人（37.5℃を超える人）
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に、麻しん風しん混合ワクチンの接種を受けてアナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、医師に接種を受ける前にその旨を伝えて判断を仰いでください
④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する人及び免疫抑制をきたす治療を受けている人
⑤ 妊娠していることが明らかな人（ワクチン接種後は少なくとも2ヵ月間の避妊が必要です）
⑥ その他、医師が予防接種を受けることが不適当と判断した人

予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人

① 心臓血管系疾患、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
② 発育が悪く医師、保健師の指導を継続して受けている人
③ 未熟児で生まれて発育の悪い人
④ カゼなどのひきはじめと思われる人
⑤ 前に予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発しん、じんましんなどのアレルギーを思わす異常がみられた人
⑥ 薬の投与又は食事（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんが出たり、体に異常をきたしたことのある人
⑦ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑧ 過去に本人や近親者で先天性免疫不全と診断されたことのある人
⑨ 近親者の中で、または遊び友達、クラスメートの間に、麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどの病気が流行している時で、まだ、その病気にかかったことがない人
⑩ 妊娠の可能性のある人（ワクチン接種後は少なくとも2ヵ月間の避妊が必要です）
⑪ 気管支喘息のある人

予防接種を受けた後の注意

① 麻しん風しん混合ワクチンを受けたあと30分間は、病院にいるなどして様子を観察し、医師とすぐに連絡をとれるようにしておきましょう
② 麻しん風しん混合ワクチン接種後、4週間は副反応の出現に注意しましょう
③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう
④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつもどおりの生活をしましょう。また、はげしい運動はさけましょう
⑤ 万一、高熱やけいれん等の異常な症状が出た場合は、速やかに医師の診察を受けてください
⑥ 接種後約2ヵ月間は妊娠しないように注意してください

あなたの接種予定日	医療機関名
月　日（　） 当日は受付に 時　分頃 おこしください	

麻しん風しん混合ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL(　　)　　ー		
フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生 (　歳　ヵ月)
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. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチン、いずれかの予防接種を受けたことがありますか	はい(　　ワクチン)	いいえ	
3. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 今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	はい(具体的に)	いいえ	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか	はい(具体的に)	いいえ	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある(　ごろ　回くらい 最後は　年　月ごろ)	ない	
12. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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	ある(薬、食品名)	ない	
13. 近親者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	
14. 最近6ヵ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(いつ　理由)	いいえ	
15. 【女性の方に】 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
2) 接種後2ヵ月間の避妊について説明を受けましたか	いいえ	はい	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

医師の記入欄

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)

本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の署名　山元　俊行

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン 販売会社名[　　] Lot No.:　　カルテNo.:	皮下接種 mL	実施場所:　医療法人やまもと内科・外科クリニック 医師名:　山元　俊行 接種日時:　年　月　日　時　分

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。