

風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	宮城 <input checked="" type="radio"/> 都道府県 <input checked="" type="radio"/> 仙台 <input checked="" type="radio"/> 市区町村
	青葉区上杉△丁目●ー〇
氏名	遠藤 拓也 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	昭和52年 7月17日生 (満42歳) 診察前の体温 36度1分

(クーポン券貼付)
(国保連提出用) を貼付してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名:)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容: 高血圧症)	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日、体に具合が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。()	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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すか。症状() 予防接種の種類()	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。病名()	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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言われましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	

医師記入欄	被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認 <input checked="" type="radio"/> した <input type="radio"/> していない)
	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (<input checked="" type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 見合わせる) 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、説明した。 医師署名又は記名押印 <input checked="" type="text"/> 国保太郎

風しんの第5期の定期接種希望書 (医師の診察の結果、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)

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、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

2019年7月29日 被接種者自署 遠藤 拓也

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
	ワクチン名 <input type="text"/>	0.5ml	実施場所 <input type="text"/> 宮城県国保連病院	医療機関等コード 0411234567
Lot No. <input type="text"/>	医師名 <input type="text"/> 国保 太郎		接種年月日 <input type="text"/> 2019年 7月 29日 <input type="text"/> 先頭に041+7桁の医療機関番号	
(注) 有効期限が切れていないか確認				