

RS ウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用)

※13歳以上16歳未満の方で保護者が同伴しない場合は、裏面の同意欄への保護者の署名が必要です。

※太枠の中のみご記入ください

診察前の体温

度 分

住 所	
ふりがな氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
RS ウイルス感染症の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	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もよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	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はありますか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	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 ()	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言われましたか。	いいえ	はい	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日以上過ぎた日ですか。 妊娠週数(週 日目) 出産予定日(年 月 日)	いいえ	はい	
今まで妊娠高血圧症候群と診断されたことがある、あるいは、妊娠高血圧症候群を発症するリスクが高いと言われたことはありますか。	はい	いいえ	
妊婦健診を受けた際の医師に、RS ウイルス感染症の予防接種を控えるように言われましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	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
-------	---

RS ウイルス感染症予防接種希望書 (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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 被接種者(又は保護者) 自署 _____ (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。接種を受ける人が満16歳未満の場合は保護者自署)

ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	筋肉内注射	0.5 mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

16 歳未満の方が RS ウイルス感染症定期予防接種を接種する場合

保護者の方へ

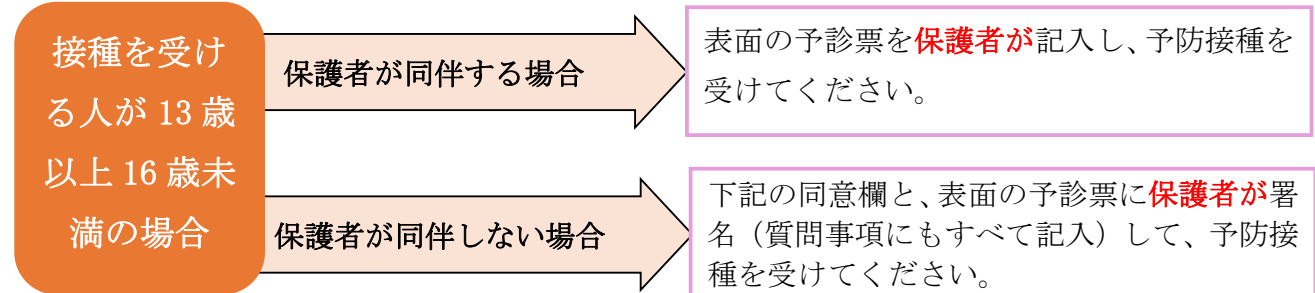
13 歳以上 16 歳未満の方への予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、予診票、及び同意欄に自ら署名することによって、保護者が同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができます。（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）

この予診票、同意欄に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医やお住まいの区の健康課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

13 歳未満の方については、保護者の同伴が必ず必要です。

保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

説明書の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。



同意欄（保護者が同伴しない場合）

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（満 16 歳未満の者は、保護者の署名がなければ予防接種は受けられません。）

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

RS ウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解した上で、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※この同意書は、RS ウイルス感染症の予防接種において、接種を受ける人が 13 歳以上 16 歳未満で保護者が同伴しない場合に必要となるものです。

保護者の署名がないと予防接種は受けられません。表面の予診票にも署名が必要です。