

いずれかに 1期〔特例対象者：令和4年4月2日～令和5年4月1日生まれ〕（ ）  
 ○を付けてください→ 2期〔特例対象者：平成30年4月2日～平成31年4月1日生まれ〕（ ）

## MR混合（麻しん・風しん） 予防接種予診票

単独接種・同時接種（他のワクチン名： ）

※ 太枠内を必ずボールペンで記入してください。

|                                                                  |  |     |    |            |  |       |     |
|------------------------------------------------------------------|--|-----|----|------------|--|-------|-----|
| 住民票の住所                                                           |  | 延岡市 |    | TEL        |  | -     |     |
| 受け人の氏名                                                           |  | 男   | 生年 | 年          |  | 月     | 日生  |
| 保護者の氏名                                                           |  | 女   | 月日 | (満         |  | 歳     | カ月) |
| 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予防接種手帳の説明を読みましたか                                    |  |     |    | はい         |  | いいえ   |     |
| あなたのお子さん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                                                    |  |     |    | あった        |  | なかった  |     |
| 出生後に異常がありましたか                                                    |  |     |    | あった        |  | なかった  |     |
| 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか                                          |  |     |    | ある         |  | ない    |     |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )                            |  |     |    | はい         |  | いいえ   |     |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名( )                                         |  |     |    | はい         |  | いいえ   |     |
| 1カ月以内に家族や遊び仲間に結核、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )            |  |     |    | はい         |  | いいえ   |     |
| 4週間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   |     |
| 生まれてから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   |     |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃                                    |  |     |    | 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   |     |
| 家族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   |     |
| 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                                    |  |     |    | ある         |  | ない    |     |
| 予防接種の種類( )                                                       |  |     |    |            |  |       |     |
| 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか                                        |  |     |    | はい         |  | いいえ   |     |
| 6カ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                                              |  |     |    | はい         |  | いいえ   |     |
| 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 )                      |  |     |    | 医師署名又は記名押印 |  |       |     |
| 保護者に対して、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ました。                     |  |     |    |            |  |       |     |

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応及び予防接種健康被害救済制度について理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません )

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。

保護者氏名(自署)

このことを理解の上、本予診票が延岡市に提出されることに同意します。

※ やむを得ぬ事情で保護者以外の方が予防接種に連れて行く場合、下記の「委任状」をご記入ください。未記入の場合受けられませんので注意してください。保護者とは親権を行う者(父母・養親)及び後見人です。

### 委任状

私は、被接種者のこの予防接種について、( )に委任し、その同意を持って、私の同意とします。

(委任者：保護者氏名(自署) )

|                  |         |        |
|------------------|---------|--------|
| 使用ワクチン名          | 接種量     | 実施医療機関 |
| ワクチン名            | ※(皮下接種) |        |
| Lot No.          |         | 医師名    |
| 有効期限             |         | 接種年月日  |
| ※有効期限が切れていないか要確認 | 0. 5ml  | 年 月 日  |

(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カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

バーコードを  
貼ってください