

# RSウイルス感染症予防接種予診票（妊婦用）

|         |     |   |       |       |        |
|---------|-----|---|-------|-------|--------|
| ふりがな    |     | 女 | 生年月日  |       | 診察前の体温 |
| 受ける人の氏名 |     |   | 年 月 日 | (満 歳) | 度 分    |
| 住 所     | 郡山市 |   | 電話番号  |       |        |

※母子健康手帳の提示をお願いします。

※対象期間は妊娠28週0日目から36週6日目までの間です。（有効性の観点から、出産予定日の15日前までに接種してください。）

| 質 問 事 項   | 回答欄 |     | 医師記入欄 |
|---|-----|-----|-------|
| 1 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。<br>(「はい」の場合)それは今回の妊娠中ですか。   | はい  | いいえ |       |
| 2 今日受ける予防接種について市の説明書を読みましたか。  | はい  | いいえ |       |
| 3 今日受ける予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。  | はい  | いいえ |       |
| 4 現在何か病気にかかっていますか。 病名 ( )<br>治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 <input type="checkbox"/> その他の薬 <input type="checkbox"/> 経過観察<br>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。 | はい  | いいえ |       |
| 5 免疫不全と診断されたことがありますか。   | はい  | いいえ |       |
| 6 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具体的な症状 ( )  | はい  | いいえ |       |
| 7 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。<br>予防接種名 ( )   | はい  | いいえ |       |
| 8 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 |       |
| 9 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 |       |
| 10 1か月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種名 ( ) 接種月日 ( 月 日)  | はい  | いいえ |       |
| 11 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。<br>病名 ( )<br>その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。   | はい  | いいえ |       |
| 12 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。<br>病名 ( )   | はい  | いいえ |       |
| 13 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。<br>妊娠週数 ( 週 日目) 出産予定日 ( 年 月 日)  | はい  | いいえ |       |
| 14 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 |       |
| 15 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 |       |
| 16 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 医師署名または記名押印

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、説明をした。 \_\_\_\_\_

**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、本予診票が市に提出されることに同意します。 **本人自署** \_\_\_\_\_

※受ける方が16歳未満で保護者が同伴しない場合は、裏面「保護者同意書」の記入が必要です

| ワクチンロット番号     | 接種方法  | 実施場所・医師名・接種年月日 |     |
|---------------|-------|----------------|-----|
| ワクチン名         | 筋肉内   | 実 施 場 所        |     |
| LotNo.        | 接種量   | 医 師 名          |     |
| 最終有効<br>年 月 日 | 0.5ml | 接 種 年 月 日      |     |
|               |       | 年              | 月 日 |

## 保護者が同伴しない場合の「同意書」

当日同伴できない保護者の方へ

**※ 署名がなければ予防接種は受けられません。**

予防接種は保護者の同伴が原則ですが、RSウイルス感染症予防接種については、接種を受ける方が16歳未満で下記の①～③の要件を満たした場合に限り、保護者の同伴がなくても接種を受けることができます。

- ① 説明書を保護者がよく読み、予防接種の効果や副反応について理解していること
- ② 保護者が予診票に必要事項を漏れなく記入すること
- ③ 保護者が予診票の保護者自署欄と下記同意欄に自筆で必要事項を記入すること

予診票とともに郵送または配布されたお知らせ及び説明書をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子様に接種することを決めてください。

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。

(署名がなければ予防接種は受けられません)

署名をするに当たっては、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、医師や郡山市保健所の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてください。

RSウイルス感染症予防接種を受けるにあたり、説明書をよく読み、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うえで、お子様に接種されることに同意します。

保護者氏名（自署）

住 所

緊急連絡先

※ 本様式は、RSウイルス感染症予防接種を受ける際に保護者が同伴しない場合に必要となるものです。  
16歳未満の方が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの「同意書」を記入した予診票を提出させるようにしてください。