



萩沢医院 任意予防接種予診票

(PDF 版)

ここに予防接種名をお書きください

受ける人の氏名	フリガナ	男	生 年 月 日	大正・昭和・平成	年 月 日 生
		女			(満 歳 カ月)
保護者の氏名			連絡がつく電話番号	-	-
住 所	〒 -				

質 問 事 項	診察前体温		医師記入欄
	回 答 欄	度 分	
今日受ける予防接種について市区町村から配られるもの、又は別紙の説明を読みましたか。	いいえ	はい	
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	あ	な
乳幼児検診で異常があるといわれたことがありますか。	あ	な	
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。()	あ	な	
最近一ヵ月以内に病気にかかりましたか。病名()	あ	な	
一ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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)	あ	な	
最近一ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	あ	な	
生まれてから今までに先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか。病名()	あ	な	
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。	あ	な	
現在ステロイド剤(内服)や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか	あ	な	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。()歳頃	あ	な	
そのとき熱が出ましたか。	あ	な	
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。	あ	な	
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	あ	な	
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。 予防接種名()	あ	な	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	あ	な	
6か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。	あ	な	
成人女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 (注)予防接種の種類によっては接種後2ヶ月間、妊娠を避ける必要があります。	あ	な	
今日の予防接種について質問がありますか。	あ	な	

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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
保護者に対し予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく副作用救済制度など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)※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は予防接種の安全性確保を目的としています。 保護者(高校生以上は本人)自署

使用ワクチン名	接種量	注射部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	皮下注射 筋肉内注射 経口投与 ml	左 上腕 右 大腿	〒140-0015 東京都品川区西大井 5-9-20 TEL:03-3774-4946 実施場所:萩沢医院 接種医師名:萩澤 進 接種年月日 平成 年 月 日

(注)有効期限が切れていないか要確認

任意接種ワクチンの接種を実施するにあたり、接種される方の健康状態を把握する必要があります。以下をお読みください。

A. 予防接種の効果と副反応

予防接種に使用されるワクチンは、個々のワクチンで感染予防効果・副反応に違いがあります。

予防効果は個人の体質や接種時の体調、個々のワクチンの性質により異なり 100%の予防が期待できるわけではありません。しかし、現在日本で接種されているワクチンは重症化の阻止効果を含めて下記の副作用によるデメリットよりも、接種によるメリットの方が高いと当院では考えています。

一方、副反応は軽微なものとして、(a)局所症状：接種部位の発赤・腫脹・疼痛、(b)過敏症：数日以内の発疹・じんましん・疼痛、(c)全身症状：数日間の発熱・悪寒・頭痛・倦怠感、があります。また、重大な副反応として、極めて稀にショック・アナフィラキシー様症状(蕁麻疹・血管浮腫・呼吸困難など)が起こることがあります。その他個々のワクチンで副反応がありますがどれも極めて稀なものです。 **これら極めて稀な副反応よりも、病気の罹患・重症化の方が有害と思われ、当院では接種をお勧めしています。**健康被害が生じた場合の救済については、本人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

B. ワクチン接種後の注意

1. ワクチン接種後 30 分間は、急な副反応が起きることがあります。よく様子を観察しましょう。
2. 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。
3. 接種当日は、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。それ以外はいつも通りの生活をしましょう。
4. 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下さい。

C. 次の方は接種を受けないでください

1. 37.5℃を超える発熱のある方
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. ワクチンの成分によって、過敏症(通常接種後 30 分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応を含む)を起こしたことがある方
4. その他、医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方

D. 次の方は接種前に医師にご相談ください。

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
2. 食物・薬剤摂取後などに、全身性発疹などのアレルギーを疑う症状のみられた方
3. 免疫機能異常のある疾患の方(疑いを含む)、免疫抑制をきたす治療を受けている方、近親者に先天性免疫不全症患者がいる方

【参考：医薬品副作用被害救済制度】

医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構(TEL: 0120-149-931、URL : <http://www.pmda.go.jp/>)にご相談ください。