

RSウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用) 定期接種用

下の太枠内に接種される方の情報を記入してください。

※和泉市に住民登録がない人は、自費になります。

住所	※和泉市に住民登録がない人は対象外です 和泉市		
電話番号	() - ()	生年月日	昭和・平成 年 月 日
ふりがな		対象者	接種時点で、妊娠28週0日から36週6日までの妊婦の方
氏名			

下の太枠内の質問に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

診察前の体温 度 分

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。 ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2 今日の予防接種について「RSウイルスワクチン予防接種についての説明書」を読みましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
3 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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
4 現在、何か病気にかかっていますか。病名 () 治療(投薬など)を受けていますか。 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
5 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。 予防接種の種類 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
8 けいれんを起こしたことがありますか。()歳頃	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
9 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () 接種日 () / ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。 病名 () 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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。 病名 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。 妊娠週数 () 週 日目) 出産予定日 () 年 月 日)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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いわれたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
16 今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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。 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、説明をしました。 <p style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印</p>
-------	--

医療機関記入欄	ワクチンロット番号	接種方法	接種量	接種場所
	ワクチン名 アプリスポ®	筋肉内注射	0.5ml	医師名
	Lot.No 有効期限が切れていないか要確認	接種年月日	令和 年 月 日	

本人署名欄 ※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。

RSウイルス感染症予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重い副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、医師が可能と判断した場合は接種を希望します。 **(接種を希望します・接種を希望しません)**

予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※接種を受ける人が16歳未満の場合は保護者の署名

令和 年 月 日 署名

予診票は2枚複写になっています。切り離さずボールペンで記入してください。
※予防接種は市内の実施医療機関で接種してください。

市役所用

対象は、接種時点で和泉市に住民登録がある人に限ります。対象外の人は、この予診票を使用できません。

RSウイルス感染症予防接種予診票(妊婦用) 定期接種用

下の太枠内に接種される方の情報を記入してください。

※和泉市に住民登録がない人は、自費になります。

住所	※和泉市に住民登録がない人は対象外です 和泉市		
電話番号	() -	生年月日	昭和・平成 年 月 日
ふりがな		対象者	接種時点で、妊娠28週0日から36週6日までの妊婦の方
氏名			

下の太枠内の質問に必要な事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

診察前の体温 度 分

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。 ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい いいえ	
2 今日の予防接種について「RSウイルスワクチン予防接種についての説明書」を読みましたか。	いいえ はい	
3 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	
4 現在、何か病気にかかっていますか。病名 () 治療(投薬など)を受けていますか。 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 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。具合の悪い症状を書いてください。 ()	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。 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
8 けいれんを起こしたことがありますか。()歳頃	はい いいえ	
9 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、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。 予防接種の種類 () 接種日 (/)	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。 病名 () 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。	はい いいえ 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。 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、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)	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いわれたことがありますか。	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。 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、説明をしました。 医師の署名又は記名押印
-------	--

医療機関記入	ワクチンロット番号	接種方法	接種量	接種場所
	ワクチン名 アプリスポ® Lot.No 有効期限が切れていないか要確認	筋肉内注射	0.5ml	
	接種年月日	令和 年 月 日	医師名	

本人署名欄 ※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。

RSウイルス感染症予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重い副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、医師が可能と判断した場合は接種を希望します。
(接種を希望します・接種を希望しません)

予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※接種を受ける人が16歳未満の場合は保護者の署名

令和 年 月 日 署名

医療機関用

対象は、接種時点で和泉市に住民登録がある人に限りません。対象外の人は、この予診票を使用できません。