

# RSウイルスワクチン[アブリスボ] 接種申込書・予診票

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。  
※接種を受ける人が記入できない又は16歳未満の場合は、健康状態をよく把握している代筆者の方がご記入ください。

		接種前の体温			
住所		TEL ( ) -			
フリガナ 接種を受ける人の氏名		生年月日 (西暦)		年 月 日	
(接種を受ける人が記入できない 又は16歳未満の場合) 代筆者の氏名※		続柄 ( )		妊娠週数 週	

※接種を受ける人が満16歳以上でご自身で記入できる場合には、当該部分への記載は必要ありません。

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の予防接種についての説明書を読み、理解しましたか。	はい・いいえ	
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・いいえ	
ご本人が過去に免疫不全の診断を受けたことがある、あるいは近親者に先天性免疫不全症の方はいますか。	はい・いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )	はい・いいえ	
最近1ヵ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、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )	はい・いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい・いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの( )	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。 種類( ) 症状( )	はい・いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )	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	

<b>医師記入欄</b>	<p>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、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明した。</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印( )</p>
--------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>接種を受ける人 又は 代筆者記入欄</b>	<p>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、本ワクチンの接種を希望しますか。どちらかを○で囲んでください。</p> <p>(接種を希望します・接種を希望しません)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 本人又は代筆者の署名( )</p> <p style="text-align: right;">続柄( )</p> <p style="font-size: small;">(※自署できない場合は代筆者が署名し、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16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)</p>
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

使用ワクチン	接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
Lot. No.	筋肉内注射 0.5 mL 接種部位にマルをつける 左・右 上腕三頭筋	実施場所 〒474-0038 大府市森岡町1-193 医療法人慧成会 産院いしがせの森 医師名 佐藤 匡昭 接種年月日