

MR(麻疹風疹混合)ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

診察前体温: 度

* 接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

住所		TEL() —
フリガナ		生年月日
受ける人の氏名		男・女 昭和・平成 年 月 日生 (歳)
保護者の氏名		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について、裏面の説明文を読んで理解して頂けましたか？	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところはありますか？	ある(具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気(気管支喘息など)で医師にかかっていますか？	はい(病名) 薬を飲んでいますか？ (いる ・ いない)	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	はい(病名)	いいえ	
5. 1ヶ月以内に家族内や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいますか？	いる(病名)	いない	
6. 1ヶ月以内に下記のいずれかの予防接種を受けましたか？ 麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘・BCG・ポリオ・黄熱	はい (予防接種名:)	いいえ	
7. 1週間以内に不活化ワクチン(質問6以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか？	はい (予防接種名:)	いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された人はいますか？	はい	いいえ	
9. 最近6ヶ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(いつ:) (理由:)	いいえ	
10. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	ある: 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんま疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか？	ある(薬又は食品の名前)	ない	
12. 今までに予防接種を受けて、特に具合が悪くなったことはありますか？	ある (予防接種名・症状)	ない	
13. 今までに特別な病気(心臓血管・腎臓・肝臓・血液疾患、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？	はい(病名)	いいえ	
14. 【女性の方に】妊娠中の方への投与は禁忌となっています。 1) 現在妊娠している、あるいは妊娠している可能性はありますか？ 2) 接種後約2ヶ月間の避妊については説明を受けましたか？	1) はい 2) いいえ	1)いいえ 2)はい	
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に記入してください。			

医師記入欄: 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師署名

本人及び保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

只左 直也

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等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)

本人の署名(または保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥弱毒生麻疹風疹混合ワクチン() Lot No.	皮下接種 mL	実施場所: 湘南茅ヶ崎クリニック 医師名: 只左 直也 接種日時:

* 記載頂きました個人情報、ワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

MR(麻疹風疹混合)ワクチン予防接種説明書

【麻疹(はしか)とは?】

麻疹は、発熱・咳・鼻汁・目やに・発疹などを主症状とした、重大な合併症を併発しやすいウイルス感染による病気です。主な合併症としては、脳炎(約1000人に2人)、気管支炎、肺炎、中耳炎などがあります。

【風疹(3日はしか)とは?】

風疹は、発熱・発疹・後頸部リンパ節の腫れなどを主症状とするウイルス感染による病気です。妊婦が妊娠初期に風疹にかかると、先天性風疹症候群(難聴、先天性心疾患、白内障、網膜症など)の子供が生まれることがあります。

【MR(麻疹風疹混合)ワクチンについて】

このワクチンには、弱毒性麻疹ウイルスをニワトリ胚培養細胞で増殖させ、弱毒性風疹ウイルスをウズラ胚培養細胞またはウサギ腎培養細胞で増殖させ、得られたウイルス液を混合したものです。麻疹や風疹の抗体が陽性の人にこのMRワクチンを接種しても、特に問題はありませぬ。むしろ抗体価が低い場合は抗体価を高める良い効果(ブースター効果)があります。

【予防接種を受けることができない人】

1. 接種直前の体温が37.5℃を超えている人
2. 重篤な急性疾患(肺炎、腎盂腎炎、急性肝炎など)にかかっていることが明らかな人
3. 過去にMRワクチンや麻疹ワクチン、風疹ワクチン接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
4. 妊娠している人・妊娠の可能性がある人(接種後は少なくとも2ヶ月間の避妊が必要です。)
5. 6ヶ月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けた人
6. その他、医師が予防接種を受けることが不相当と判断した人

【予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人】

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
2. 発育が遅く、医師や保健師の指導を受けている人
3. 風邪などのひきはじめと思われる人
4. 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱、発疹、じんま疹などのアレルギーを疑う異常がみられた人
5. 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉、ウズラ卵など)で皮膚に発疹が起きたり、体に異常をきたしたことがある人
6. 今までにけいれんを起したことがある人
7. 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常を指摘されたことのある人
8. 妊娠の可能性のある人
9. 気管支喘息のある人

【ワクチン接種後の注意】

1. MRワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。接種後は30分ほど待合室でお待ちください。
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. 接種当日は接種部位の清潔を保ち、いつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
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ください。
5. 接種後3週間は、発熱などの副反応に注意してください。
6. ワクチン接種後は、少なくとも2ヶ月間の避妊が必要です。万が一ワクチン接種後に妊娠が判明した場合は、産婦人科の先生にご相談下さい。
7. 接種後に注射部位のひどい腫れや高熱などの症状を認めた場合は、当院を受診してください。

あなたの接種予定日は	医療機関名
月 日()です。 当日は受付に 時 分頃 おこし下さい	湘南茅ヶ崎クリニック