

# (妊婦用)RSウイルス感染症予防接種予診票(28週0日～36週6日まで)

※太枠内を記入してください。

(アブリスボのみ)

R8.4月版

※接種日において、住民登録のある住所を記入してください。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ ℃

住 所			
接種を受ける方の氏名	ふりがな	電話番号	
生年月日	年 月 日生(満 歳)	出産予定日	年 月 日

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1.	今日は妊娠28週0日目～36週6日目までの間であり、かつ、出産予定日は今日から15日以上あいていますか？ 妊娠週数( 週 日目)	はい	いいえ	
2.	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	
3.	今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
4.	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	
5.	現在、何か病気にかかっていますか。(病名: )	はい	いいえ	
	治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前: )	はい	いいえ	
	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	
6.	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
7.	今日、体に具合の悪いところがありますか。(具体的に )	はい	いいえ	
8.	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: _____】(症状: _____)	はい	いいえ	
9.	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	
10.	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。 (薬・食品名: _____)	はい	いいえ	
11.	1か月以内に予防接種を受けましたか。 【予防接種名: _____】(接種日: 年 月 日)	はい	いいえ	
12.	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: _____】	はい	いいえ	
	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	
13.	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	
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。(質問事項: _____)	はい	いいえ	

**【医師の記入欄】**

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 ( 理由: \_\_\_\_\_ ) )  
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しました。

※ 接種時の妊娠週数: \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日目 医師署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

**【同意欄】**

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することを ( 希望します ・ 希望しません ) ※どちらかを○で囲んでください。  
また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

接種を受ける方の氏名(必須) \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( ) 連絡先( )

※16歳未満の場合:接種を受ける方の氏名・保護者氏名・続柄・連絡先を保護者が記載

使用ワクチン名	接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名(アブリスボ)	筋肉内注射	0.5 mL	実施場所
Lot No.	(上腕三角筋)		医師名
※有効期限が切れていないか要確認	右・左		接種(予診)年月日 年 月 日