

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 | |

| | |
|--------------|--|
| 医師記入欄 | <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> |
|--------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| 接種を受ける人 又は 代筆者記入欄 | <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。 (接種を希望します・接種を希望しません)</p> <p>年 月 日 本人又は代筆者の署名()</p> <p style="text-align: right;">続柄()</p> <p style="text-align: right; 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 上腕三角筋 | 実施場所 医師名 接種年月日 |