

# 姫路市RSウイルス感染症予防接種（妊婦用）予診票

太枠内を記入してください

妊娠週 (記入日時点)	週 日目	出産予定日	年 月 日	接種前の体温	度 分
住 所	姫路市 <small>接種日時点で姫路市に住民登録のある方のみ利用できます。</small> 〔電話 ( ) - ( )〕				
ふりがな			生年月日	S・H	年 月 日生
氏 名	(姓)	(名)	生年月日	(満 歳)	

医療機関記載欄	生年月日・住民票所在地確認方法（該当する番号に○をつけてください）	妊娠 28 週～36 週までである（どちらかに○）
	① マイナンバーカード ② 運転免許証 ③ その他（資格確認書・ ) <small>※記載された生年月日・住所に誤りがないことを確認すること</small>	はい ・ いいえ <small>※ 母子健康手帳を確認すること</small>

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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。	いいえ	はい	
ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	いいえ	はい	
今日の予防接種について、説明書を読みましたか。	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	
現在、何か病気にかかっていますか。	いいえ	は い	
病名 ( )	いいえ	は い	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	は い	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	は い	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	は い	
具合の悪い症状を書いてください。( )	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
予防接種の種類 ( )	いいえ	は い	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	は い	
薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	は い	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	は い	
予防接種の種類 ( )	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
病名 ( )	いいえ	は い	
その病気の医師に、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	
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。	いいえ	は い	
病名 ( )	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
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 （可能・見合わせる〔見合わせ日 年 月 日〕〔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た。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチン名・ロット番号	接種方法・量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. <small>有効期限が切れていないか要確認</small>	筋肉内注射 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日（西暦） 年 月 日

<b>RSウイルス感染症予防接種希望書</b> <small>（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）</small> 私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望します。 この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町に提出されることに同意します。 年 月 日 被接種者自署
--