# 风疹第５期定期接种预诊单

※请将粗线框内填写完成。

（张贴免费就诊券）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 住民票记载住址 | 都　道　　市　区<br>府　县　　町　村 | | |
| 姓　名 | | 男　・　女 | |
| 生　日 | 年　　月　　日生　（满　　岁） | 诊察前体温 | .　度 |

| 确认事项 | 回答栏 | | 医师填写栏 |
|---|---|---|---|
| 当前的住民票所在市区町村是否与免费就诊券记载的市区町村相同？ | 否 | 是 | |
| 关于今日的预防接种，是否阅读了市区町村发放的说明书？ | 否 | 是 | |
| 是否理解了今日将要接受的预防接种的效果和不良反应等？ | 否 | 是 | |
| 目前是否正在患病？（疾病名称：　　） | 是 | 否 | |
| 是否正在接受治疗（服药等）？（治疗的内容：　　） | 是 | 否 | |
| 该疾病的主治医师是否同意接受今日的预防接种？ | 是 | 否 | |
| 是否曾经被诊断为存在免疫缺陷？ | 是 | 否 | |
| 今日身体是否有感觉不适的地方？<br>请填写感觉不适的症状。　（　　） | 是 | 否 | |
| 是否曾因药物或食品而使皮肤出现发疹或寻麻疹，或者身体感觉不适？ | 是 | 否 | |
| 迄今为止是否曾因预防接种而造成身体感觉不适？<br>症状（　　）　预防接种的种类（　　） | 是 | 否 | |
| 是否发生过抽搐（痉挛）？ | 是 | 否 | |
| １个月以内是否接受过预防接种？　　预防接种的种类（　　） | 是 | 否 | |
| 是否曾患过心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等慢性疾病？<br>疾病名称（　　） | 是 | 否 | |
| 对该疾病进行诊断的医师是否同意接受今日的预防接种？ | 是 | 否 | |
| 最近１个月以内是否曾发烧、患病？<br>疾病名称（　　） | 是 | 否 | |
| 关于今日的预防接种，是否存在疑问？ | 是 | 否 | |

| | |
|---|---|
| 医师填写栏 | 根据抗体检查结果等，确认（ 未确认 ）接受接种者为风疹第５期定期接种对象人员。<br>根据以上问诊及诊察结果，今日的预防接种（ 可实施・应停止 ）。<br>对于本人，就预防接种的效果、不良反应及预防接种健康受害救济制度进行了说明。<br>医师签名或署名盖章 |

**希望接受风疹第５期定期接种书**（请在根据医师诊察结果，判断可进行接种之后填写。）

接受医师进行诊察和说明，就预防接种的效果及不良反应等进行了理解的基础之上，是否希望进行接种？

（　希望进行接种　・　不希望进行接种　）

本预诊票的目的在于确保预防接种的安全性。

在理解这一点的基础之上，同意向市区町村、国民健康保险中央会及国民健康保险团体联合会提交本预诊单。

年　　月　　日　接受接种者亲笔签名

（※无法亲笔签名的人员，由他人代替签名，填写代替签名者与接受检查者的关系。）

| 医师填写栏 | 疫苗批号 | 接种量 | 实施场所・医师姓名・接种日期 |
|---|---|---|---|
| | 疫苗名称<br><br>Lot No.<br>（注）确认是否超过有效期 | 0.5ml | 实施场所<br>医师姓名<br>接种日期　　年　　月　　日<br>（公历）<br>医疗机构等代码 |