

横滨市风疹对策事业

麻疹风疹混合 (MR) 预防接种预诊单

不可在市内合作医疗机构以外使用。

请阅读第3页的说明书之后, 粗框内全部填写, 不要有遗漏。

※怀孕期间不可进行接种。

住 址			电 话
接受接种者姓名	(注音假名)	性 别	生 日
		男・女	年 月 日
			当日体温 . 度

请从1至3中选择相符的一项画○

1 希望怀孕的女性 2 希望怀孕的女性的伴侣及共同居住的家人 3 孕妇的伴侣及共同居住的家人

确认事项	回 答 栏	医师填写栏
是否就今日接受的预防接种阅读了说明书(第3张)?	是 否	
迄今为止是否接受过麻疹疫苗、风疹疫苗或麻疹风疹混合疫苗其中之一? () 疫苗	是 否	
目前是否因患病而正在看医生? 疾病名称 ()	是 否	
今日身体是否有感觉不适的地方? 请填写具体症状。()	是 否	
最近1个月以内是否曾患病? 疾病名称、治愈日期 ()	是 否	
1个月以内家人及周围是否有患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病的人员? 疾病名称 ()	是 否	
1个月以内是否接受过预防接种? 预防接种的种类、接种日期 ()	是 否	
从出生至今是否曾患过先天性异常、心脏疾病、肾脏疾病、肝脏疾病、脑神经疾病、免疫不全症及其他疾病, 接受过医师的诊断? 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	
是否发生过抽搐(痉挛)? () 岁前后	是 否	
当时是否曾发烧?	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	
近亲之中是否有被诊断为先天性免疫不全的人员?	是 否	
迄今为止是否曾因预防接种而造成身体感觉不适? 预防接种的种类 ()	是 否	
近亲之中是否有因预防接种而身体出现不适的人员?	是 否	
6个月以内是否接受过输血或γ球蛋白注射?	是 否	
【致女性人员】目前是否正在怀孕或有可能怀孕? (注) 接种后2个月内需要避免怀孕。	是 否	
关于今日的预防接种, 是否存在疑问?	是 否	

医师填写栏	诊察意见栏	诊察前的体温 . 度	疫苗有效期确认 <input type="checkbox"/>	[医师签名或署名盖章]
	根据以上问诊及诊察的结果, 判断今日的预防接种(可实施・应停止)。对于本人, 就预防接种的效果、不良反应及医药品副作用受害救济制度进行了说明。			

本人填写栏	接受了医师进行诊察和说明, 就预防接种的效果、目的及严重不良反应的可能性、医药品副作用受害救济制度等进行了理解的基础之上, (同意・不同意) 进行接种。※在其中一项上画○ 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, 同意向横滨市提交本预诊票。	[本人亲笔签名]
-------	---	----------

使用疫苗名	接 种 量	实 施 医 疗 机 构 ・ 医 师 姓 名 ・ 接 种 日 期
疫苗名称	(皮下接种)	实施医疗机构
Lot No.	ml	医师姓名 接种日期
		年 月 日

(注) γ球蛋白是血液制剂的一种, 以预防甲型肝炎等感染症, 以及治疗重症感染症等为目的进行注射, 在3~6个月内接受过此注射的人员, 麻疹等预防接种有时无法产生充分的效果。

横滨市风疹对策事业

麻疹风疹混合 (MR) 预防接种完毕证明

请作为预防接种记录, 妥善进行保管。

住 址		电 话
接受接种者姓名	(注音假名)	性 别
		男·女
		生 日
		年 月 日

1 预防接种的效果和不良反应

接受过麻疹风疹混合疫苗预防接种的人员之中, 约 95% 以上可获得免疫。

主要的不良反应为发烧 (接种的人员之中 20% 左右) 及发疹 (接种的人员之中 10% 左右)。这些症状常在接种后 5~14 天内出现。刚刚接种之后至次日, 可能出现被认为是过敏症状的发烧、发疹、瘙痒等, 但这些症状通常会在 1~3 日之内消失。有时会出现接种部位发红、肿胀、硬块、淋巴结肿大等, 但这些症状都是暂时性的, 通常会在数日内消失。

作为偶尔发生的严重不良反应, 有报告称会出现过敏性反应样症状 (休克症状、寻麻疹、呼吸困难等)、急性血小板减少性紫斑病 (紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等)、脑炎及痉挛等。

2 预防接种前的注意事项

- (1) 关于麻疹风疹混合疫苗的必要性及不良反应, 如有不明之处, 请在接种前向接种医师进行咨询。
- (2) 迄今为止曾因接受预防接种而产生严重过敏反应的人员, 以为层出现痉挛的的人员, 请事先向社区医师进行咨询。
- (3) 请仔细观察接种当天的身体状况, 确认与平常没有变化。即使预定进行接种, 如果感觉身体不适, 请向社区医师进行咨询, 判断是否进行接种。
- (4) 预诊单可想接种医师提供重要信息。请负起责任详细填写。尤其请确认最近接受的预防接种及过敏等。

3 不可接受预防接种的人员

- (1) 明显发烧 (通常 37.5℃ 以上) 的人员。
- (2) 明显患有重度急性疾患的人员。
- (3) 以往曾因麻疹风疹混合疫苗中含有的成分而出现过敏性反应的人员。
※ “过敏性反应” 是指通常接种后 30 分钟以内产生的严重过敏反应。
除了大量出汗、面部突然肿胀、全身出现严重寻麻疹之外, 还包括恶心、呕吐、难以发声、呼吸困难等症状持续, 出现休克状态等剧烈的全身反应。
- (4) 存在免疫功能异常疾患的人员, 以及正在接受能够造成免疫抑制的治疗的人员。
- (5) 目前正在怀孕的人员。
- (6) 医师判断状态不适合的其他人员。

4 接受预防接种时需要注意的人员

- (1) 正在接受心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病及发育障碍等治疗的人员。
- (2) 进行预防接种时, 接种后 2 日以内出现发烧的人员, 或者出现发疹、寻麻疹等疑似过敏的异常的人员。
- (3) 以往曾出现痉挛 (抽搐) 的人员。
根据出现痉挛 (抽搐) 的年龄、当时是否发烧、之后是否出现痉挛 (抽搐)、接种的疫苗的种类等, 条件有所不同, 请务必事先向社区医师进行咨询。
- (4) 以往曾被诊断为患有免疫缺陷的人员, 以及近亲之中患有先天性免疫缺陷的人员。
- (5) 被告知对制造疫苗的过程中用于培养的蛋类成分及抗生素、稳定剂等过敏的人员。

5 预防接种后的注意事项

- (1) 接种后 30 分钟内, 请在医疗机构观察状态, 或者确保能够立即联系医师。有时会在这一期间内突然出现不良反应。
- (2) 接种后 4 个星期内请注意是否出现不良反应。
- (3) 接种部位请保持清洁。虽然可以入浴, 但请勿搓洗接种部位。
- (4) 接种当天请避免进行激烈的运动。
- (5) 接种后接种部位出现异常反应, 以及身体状况发生变化之时, 请迅速接受医师诊察。
- (6) 接种后 2 个月以内请避免怀孕。

使用疫苗名称	接 种 量	实施医疗机构 · 医师姓名 · 接种日期
疫苗名称	(皮下接种)	实施医 疗 机 构
Lot No.	ml	医师姓名 接 种 日 期
		年 月 日

(注) 关于实施医疗机构名称, 也可盖章。