

風疹ワクチン予防接種説明・問診票 (いとう内科循環器科クリニック)

| | | |
|---------|-------|---|
| ご住所 | TEL : | |
| 受ける人の氏名 | 男・女 | 才 |

◆ ワクチンを受ける際の注意：(自費診療 4000 円)

ワクチン接種後最低2ヶ月(通常3ヶ月)の避妊が必要です。副作用としては一般に風疹の自然感染と同様に思春期以後の接種では関節痛などの副作用が1~2週間以内に6~25%程度見られますが通常、数日から1週間で治癒します。

| | | |
|--|--------|--------|
| 1. 今までに受けた予防接種で特に具合が悪くなったことがありますか? あれば() 予防接種、 才ごろ) | 1)はい | 2) いいえ |
| 2. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか? あれば() 予防接種) | 1)はい | 2) いいえ |
| 3. しっしんなどの皮ふの病気がありますか? | 1)はい | 2) いいえ |
| 4. 今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか? あれば病名() | 1)はい | 2) いいえ |
| 5. 今までにけいれんをおこしたことがありますか? | 1)はい | 2) いいえ |
| 6. 今までに薬を飲んで皮ふに発疹やじんましんなどが出たことがありますか? | 1)はい | 2) いいえ |
| 7. たまごを食べて皮ふに発疹やじんましんが出たり、下痢をしたことがありますか? | 1)はい | 2) いいえ |
| 8. ぜんそく、鼻アレルギー、しっしん・じんましんの出やすい体質ですか? | 1)はい | 2) いいえ |
| 9. 今までに心臓、肝臓、腎臓などの何か重い病気にかかったことがありますか? あれば病名()、 才ごろ) | 1)はい | 2) いいえ |
| 10. 今朝の体温は? | 度 | |
| 所見 (医師記入欄) 適 不適 | 適 ・ 不適 | |