

# 麻疹風疹ワクチン予防接種説明・問診票

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 8000 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麻疹風疹の自然感染と同様に発熱・皮疹・関節痛などの副作用が1～2週間以内に20%程度見られますが通常、数日から1週間で治癒します。その他、脳炎やショック、痙攣などの重篤な副作用は0.1%以下に見られます

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. 近親者に免疫不全の診断を受けた方がおられますか?	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. 1ヵ月以内に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜの方と接触しましたか?	1) はい	2) いいえ
7. 現在妊娠中もしくは 妊娠の可能性はありますか?	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) 不適	適	