

RSウイルス感染症予防接種のお知らせ

該当者氏名	
整理番号	

様

RSウイルス感染症予防接種通知書

【対象者】 妊娠28週0日から36週6日までの方

予防接種に関する一般的注意

◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は体調のいいときに受けるものです。健康状態には充分気をつけて、何か心配事がある場合はかかりつけ医にご相談ください。
2. 予診票は、予防接種の可否を決める大切な情報です。正しく記入してください。
3. 受ける予防接種についての必要性や、副反応についてよく理解しましょう。

◎接種後の注意

1. 接種後30分間は、急な副反応が起こることがありますので安静にしてください。
2. 体調に異常が出現した場合は、速やかに医師へ連絡してください。
3. 接種後1週間は体調に注意してください。腫れが目立つ場合や気分が悪くなった等の体調に変化がある場合は、かかりつけ医にご相談ください。
4. 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は問題ありません。
5. 接種当日の激しい運動は控えてください。

◎接種に注意が必要な方

1. 接種によって妊娠高血圧症候群の発症リスクが上がるという報告もあるため、妊娠高血圧症候群の発症リスクが高いと医師に判断された方や、今までに妊娠高血圧症候群と診断された方
2. 筋肉内に接種をするため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方
3. 発熱を呈している方
4. 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな方
5. 予防接種を受けて2日以内に発熱や全身の発疹などのアレルギー症状があった方、またはアレルギーをおこすおそれのある方
6. けいれんを起こしたことがある方
7. 免疫不全と診断されている方や、親近者に先天性免疫不全症の方がいる方
8. その他、医師に不適當な状態と判断された方

RSウイルス感染症予防接種予診票（妊婦用）

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

住 所	浦添市		診察前 の体温	度	分
氏 名	フリガナ	(男・女)	電話番号		
生年月日	(満 歳)				

〈予診票は接種する医師にとって大切な情報ですので、責任をもって記入してください。〉

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1 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。 ある場合、それは今回の妊娠中ですか。	はい いいえ はい いいえ	
2 今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
3 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	
4 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 () 治療 (投薬など) を受けていますか。 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 はい いいえ はい いいえ	
5 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
6 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ	
7 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。 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
8 ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
9 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい いいえ	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
11 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。 病名 () その病気を診てもらっている医師に、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 はい いいえ	
12 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。 病名 ()	はい いいえ	
13 今日は妊娠28週0日目から36週6日目までの間であり、出産予定日は今日から15日 以上過ぎた日ですか。 妊娠週数 (週 日目) 出産予定日 (年 月 日)	はい いいえ	
14 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。	はい いいえ	
15 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。	はい いいえ	
16 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）と判断します。
本人に対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度に
ついて、説明をした。
医師の署名又は記名押印 _____

本人記入欄

RSウイルス感染症予防接種希望書（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。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としております。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

代筆者（※）

続柄

（※）自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載すること。

ワクチンの種類 ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
ワクチン名 Lot No.	筋肉内注射：0.5ml	実施場所： 医 師 名： 接種（予診）年月日：令和 年 月 日
※有効期限が切れていないか要確認		