

# 記載例

## 風しんの第5期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

券種	予防接種券	3
請求先	〇〇県〇〇市	123456
接種費用(税抜)	9,999円(自己負担部分を除く)	
自己負担額(税抜)	0円	
券No	0123456789	有効期限2020年03月
(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十		
1234567890123456799999 (国民連携用)		

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村
氏名	男・女	
生年月日	昭和 年	度 分

予防接種のクーポン券(国保連提出用)を貼付してください。

住民票に記載されている住所とクーポン券の請求先市区町村が不一致の場合は返戻対象になります。

質問	はい	いいえ	医師記入欄
現時点で住民票のある市区町村とクーポン券の請求先市区町村が不一致の場合、返戻対象になりますか。			
今日の予防接種について市区町村から配られたクーポン券の貼付方法がわかりませんでしたか。			
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	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名: )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容: )	はい	いいえ	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合が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	
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	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。症状( ) 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
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	
1ヵ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	
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( )	はい	いいえ	
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	
最近1ヵ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	
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	<p>被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認(した・していない)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)</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種の注意事項について説明しましたか。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	---

枠内に10桁(県番号+点数表+医療機関コード)の数字を記載してください。

<p>風しんの第5期の定期接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と認められた場合に提出)を提出し、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ました。</p> <p>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市区町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出し、接種を受けることに同意します。</p> <p>年 月 日 被接種者自署</p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名と被接種者との続柄を記載)</p>
--

医師記入欄	<p>ワクチンロット番号</p> <p>ワクチン名</p> <p>Lot No.</p> <p>(注)有効期限が切れていないか確認</p>	<p>接種年月日</p> <p>〇〇〇</p> <p>医療機関等コード</p> <p>2610000000</p>
	<p>西暦は4桁を記載してください。元号の記入は不可です。</p> <p>接種年月日 2019年 〇月 〇日 (西暦)</p>	