麻しん風しん混合ワクチン予防接種　予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生
予防接種を受ける人の氏名				（　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について、説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今までに麻しんワクチン、風しんワクチン、麻しん風しん混合ワクチンのいずれかの予防接種を受けたことがありますか	ある（　ワクチン）	ない	
3.【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか　具体的な内容（　）	ある	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか　具体的な症状（　）	ある	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか　病名（　）	はい	いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか　病名（　）	はい	いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか　病名（　）	はい	いいえ	
8. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　）　接種日（　/　）	はい	いいえ	
9. 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　予防接種名（　）　具体的な症状（　）	ある	ない	
10. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか　病名（　）	ある	ない	
（“ある”の場合）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良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までに、ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか　（　）歳頃	ある	ない	
（“ある”の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたときに熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
12. 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　症状（　）	ある	ない	
13. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
14. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
* 15. 最近6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
16.【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16.【ご婦人の方に】 2) 接種後2カ月間の避妊について説明を受けましたか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）

本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。　医師の署名又は記名押印＿＿＿＿＿＿

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　）	本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン □ ミールビック　□ ミールビックⅡ Lot No.	（皮下接種）	実施場所 医師名
一般財団法人 阪大微生物病研究会 （販売：田辺ファーマ株式会社）	mL	接種日時　年　月　日　時　分

*ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3～6カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

MR2-0305AB(--)　2026年2月作成
（審）26Ⅱ046

麻しん風しん混合ワクチンの予防接種を受けられる方へ

〈ワクチンの効果と副反応〉

麻しん（はしか）および風しんを予防する効果が期待できます。

副反応としては、ワクチンの接種直後から数日中に発疹、じんましん、紅斑、かゆみ、発熱などがみられることがあります。全身症状として、接種5～14日後に1～3日間のだるさ、不機嫌、発熱、発疹、また局所症状として接種部位に発赤、腫脹、硬結、疼痛などがみられることがあります。非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、血小板減少性紫斑病（接種後数日から3週ごろに紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血など）、急性散在性脳脊髄炎（接種後数日から2週間程度に発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など）、脳炎・脳症・けいれんがみられることがあります。なお、副反応による健康被害が生じた場合の救済については、健康被害を受けた人または家族が独立行政法人 医薬品医療機器総合機構法に基づいて手続きを行うことになります。

〈予防接種を受けることができない人〉

① 明らかに発熱のある人(37.5℃以上)
② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
③ 過去に麻しん風しん混合ワクチンの成分で、アナフィラキシーを起こしたことがある人
（他の医薬品投与でアナフィラキシーを起こしたことがある人は、予防接種を受ける前にお医者さんへその旨を伝え、判断を仰いでください）
④ お医者さんより免疫不全などの診断を受けた人または免疫抑制を起こす治療を受けている人
⑤ 妊娠していることが明らかな人
⑥ その他、お医者さんが予防接種を受けることが不適当と判断した人

〈予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人〉

① 発育が遅く、お医者さんや保健師さんの指導を継続して受けている人
② 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気などの基礎疾患がある人
③ 予防接種を受けたときに、接種後2日以内に発熱、発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状がみられた人
④ 今までにけいれんを起こしたことがある人
⑤ 過去に免疫不全と診断されたことがある人および近親者に先天性免疫不全症の人がいる人
⑥ 麻しん風しん混合ワクチンの成分でアレルギーを起こす可能性のある人
⑦ 妊娠の可能性のある人

〈予防接種を受けたあとの注意〉

① 接種後30分間は病院にいるなどして様子を観察し、アレルギー反応などがあればお医者さんとすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
② 接種後4週間は、副反応の出現に注意しましょう。
③ 接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。
④ 接種当日は接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をしましょう。また、はげしい運動は避けましょう。
⑤ 高熱やけいれんなどの異常な症状が出た場合は、速やかにお医者さんの診察を受けてください。
⑥ 接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。

あなたの接種予定日	医療機関名
月　　日（　　）です 当日は受付に 時　　分頃おこしください	

MR2-0305AB（--）
2026年2月作成
（審）26Ⅱ046