

**【重要】昭和37年4月2日から昭和54年4月1日までの間に生まれた男性を対象に実施する風しん抗体検査及び風しん第5期の定期接種の実施について**

※対象となる方には、各市町村からクーポン券が送られてきます。

詳細は送付されるクーポン券をご確認ください。

※市町村により送付時期を年齢別に分けているようですので、送付されていない場合のお問い合わせは、お住まいの市町村にお問い合わせください。

～当院の対応は以下の通りとなります～

◇検査実施方法・時間帯	ア)内科外来 イ)生活習慣病事業主健診と同時受診（事前予約が必要）
(ア)内科受診	受付時間：火曜日 木曜日 14:00～16:00 ※予約不要！ ※時間外、土日・祝日は対応不可。
(イ)健診（生活習慣病事業主健診）	電話予約をお願いします。
◇抗体検査時に必要とされる書類等  ※検査や予防接種の留意点	1. <u>本人確認ができる書類</u> （免許証、マイナンバーカードなど＝現住所確認が必要） 2. <u>クーポン券</u> 3. <u>風しんの抗体検査受診票</u> ⇒風しん罹患歴や、予防接種歴を記載する必要があります。 （母子手帳などをご確認下さい） ⇒病院にて配布後に記載。または次ページの受診票を印刷してご利用ください。
※クーポン券の発行元市区町村と居住している市区町村が異なる場合	クーポン券の発行元市町村と居住している市町村が一致しなければ、公費検査を受けることができません。住民票のある市町村からクーポンの再発行を受けてください。 ※不一致の状態のまま検査を受けた場合、検査費用は本人実費負担となります。
※クーポン券を紛失した場合	対象者であってもクーポン券がない場合には、抗体検査や予防接種を実施する事が出来ません。 住民票のある市町村からクーポンの再発行を受けてください。
※抗体価検査の結果報告の方法	郵送で対応します。 ※結果郵送目処（検査から1カ月程度） ※健診同時実施者は健診結果と同封となる場合もあります。
※風しん第5期定期予防接種に関して	※ワクチンの供給が滞りがちです。予防接種を希望される方は病院にお問い合わせください。
※当院以外の、予防接種可能な病院について	お住まいの市町村で確認して頂くか、厚生労働省HPより検索をお願いします。

# 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。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村		(クーポン貼付)				
	氏 名						
氏 名	男 ・ 女						
生年月日	昭和	年	月	日生 (満 歳)	診察前の体温	度	分

質問事項	回答欄		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に記載されている市区町村は同じですか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について市区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	
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	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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

**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されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
	ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	0.5ml	実施場所 公立丹南病院 医師名 接種年月日 (西暦)	医療機関等コード 1810714582