

保健福祉課 麻しん・風しん混合(MR)第3期予防接種予診票 市提出用
 ※第3期 中学校1年生に相当する1年間(4月1日～3月31日まで)の者 松戸市

姓 名 松戸市 区 丁目 番地 号
 〒 市 区 町 丁目 番地 号
 受ける人の氏名 姓 名 年 月 日 生 年 月 日 年 月 日
 麻 痘 苗 氏 名 姓 名 学 校 名 中 学 校

下の表のあてはまるところに記入するかで記入してください

問	答	注	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読みましたか	はい いいえ	はい いいえ	
生まれたときの体重が少なかったり、胎産期、出生後、乳幼児健診などで異常があると思われることがありますか	あり なし	あり なし	
今日、傷に傷かかっていることがありますか	あり なし	あり なし	
最近1か月以内に発熱にかかりましたか	はい いいえ	はい いいえ	
1か月以内に家庭や遊び仲間にかんしゃ、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかりましたか	はい いいえ	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい いいえ	はい いいえ	

医師記入欄
 麻しん・風しん混合(MR)予防接種済証明書 (第3期・第4期)
 計画する方に○をつける

下記のとおり実施いたしました。

接種者名 _____
 生年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 住 所 松戸市 _____

接種年月日	年 _____ 月 _____ 日
製薬会社名	_____
ワクチンLOT.NO.	_____
接種量	0.5ml
有効期限	年 _____ 月 _____ 日
医師機関名(医師名)	_____

松戸市

接種(不適)年月日 _____ 区 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番地 _____ 号
 製薬会社名(ワクチンLOT.No.) _____
 姓 名 _____ 年 月 日 _____
 種 類 _____ 成分情報 _____

※ ワクチン接種は、公費助成の一環として、A型インフルエンザワクチン接種後の予防接種の接種費用として計上されることとなります。この接種料金は、接種料金の一部として、接種料金の一部として計上されることとなります。

◆平成20年7月末現在の中・高生徒のMRワクチン接種率が近隣市に比べ著しく低い状況に業を煮やし、松戸市長・校長会会長・養護教諭部会会長に文書で強力な接種勧奨を要請。養護教諭の研修会に強引に割り込みMRワクチン接種の必要性を講義しました。