

ロタウイルス感染症予防接種予診票

※予診票は、お子さんを診て接種するお医者への大切な情報源ですので責任をもって記入しましょう。
 ※母子（親子）健康手帳なしでは予防接種を受けることができません。

住所	西原町	診察前の体温	度 分
		電話番号	
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年月日 年 月 日生 出生 週 日後 誕生日の翌日を1日として算出
保護者氏名			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応(特に腸重積症)の可能性、**予防接種健康被害救済制度**などについて理解した上で、接種することに（同意します・同意しません） ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
 この予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、西原町に提出されることに同意します。
保護者自署

今回の接種の回数とワクチン接種の種類を○で囲み、該当する項目の□に✓を入れてください（ワクチンは途中で変更できません）。

1回目 (ロタリックス・ロタテック)	2回目 (ロタリックス・ロタテック) 1回目の接種日: 月 日	3回目 (ロタテック) 2回目の接種日: 月 日
<input type="checkbox"/> 出生14週6日後を過ぎていない	<input type="checkbox"/> 前回より27日以上あいている □前回と同じワクチン	<input type="checkbox"/> 前回より27日以上あいている □前回と同じワクチン

以下の質問事項に関しては、お子様の状況を回答し、「はい」に該当する場合は、その内容を具体的にご記入ください。

	質問事項	回答欄	医師記入欄
1	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、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
2	お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () g ・分娩時や出生後に異常がありましたか。 ・乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった なかった ある ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか。 いつから () 症状 ()	はい いいえ	
4	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 いつから () 症状 ()	はい いいえ	
5	最近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	
6	最近1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。 病名 ()	はい いいえ	
7	これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。 ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません。	はい いいえ	
8	これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。 ※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。	はい いいえ	
9	これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 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いわれましたか。	はい いいえ はい いいえ	
10	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 () 月頃 その時に熱はでましたか。	はい いいえ はい いいえ	
11	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。 薬・食品名 ()	はい いいえ	
12	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。 予防接種の種類 ()	はい いいえ	
13	母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。 薬剤名 ()	はい いいえ	
14	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか。	はい いいえ	
15	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい いいえ	
16	これまでに輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい いいえ	
17	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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応（特に腸重積症）及び予防接種健康被害救済制度などについて説明しました。

医師署名又は記名押印

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	接種方法：経口接種	実施場所・医師名・接種年月日
※有効期限が切れていないか要確認	接種量 ※どちらかを○で囲んでください	実施場所：
	ロタリックス 1.5mL ロタテック 2.0mL	医師名：
		接種(予診)年月日： 年 月 日