

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さん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。

※表の太枠の中のであてはまるところに
 記入又は○でかこんでください。

住所	西原町	診察前の体温	度 分
(フリガナ) 接種を受ける 人の氏名		男・女	生年月日
保護者の氏名		電話番号	年 月 日生 出生 週 日後 誕生日の翌日を1日として算出
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、本予診票が市町村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□にレを入れてください（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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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記入してください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受ける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	あった	なかった	
	・分娩時や出生後に異常がありましたか。	ある	ない	
	・乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			
3	今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
4	1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
5	1ヵ月以内に家族や遊び仲間へ麻しん、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	
6	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	
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	生まれてから今までに先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。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いわれましたか。	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。() 歳頃	はい	いいえ	
	そのときに熱がでましたか。	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。	はい	いいえ	
12	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	
13	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	
14	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。	はい	いいえ	
15	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	
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・見合わせたほうがよい）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

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。