ロタウイルスワクチン予防接種予診票

島原市

※太い線で囲まれたところを記入、または○で囲んでください。

接種回数	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	診察前の体温	度 分
住所	〒	電話番号	( ) -
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (生後 週 日)
保護者の氏名			

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか 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 あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の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	
今日、下痢をしていますか	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか) (いつ: 月 日～ 月 日) 病名:( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふく風邪などの病気の方がいましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか (いつ: 月 日) (予防接種名:)	はい	いいえ	
これまでにロタウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか ワクチンの種類( ) 回数・時期(1回 / ・2回 / ・3回 /)	はい	いいえ	
生まれてから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、 その他の病気)にかかり医師に診察を受けてますか 病名 ( )	はい	いいえ	
その他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	
生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、 病気にかかると通常の回復期間より長引くようなことがありましたか	はい	いいえ	
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	
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・食品の種類( )	はい	いいえ	
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	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がありますか 予防接種名 ( )	ある	ない	
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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	

医師の記入欄

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) と判断します

保護者に対して、予防接種の効果・副反応(特に腸重積症のリスクと対処)及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しました

医師のサイン

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応(特に腸重積症のリスクと対処)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、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者のサイン

使用ワクチン名 (ロタウイルスワクチン)	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No. 有効期限 年 月 日	(経口接種) どちらかに○ ロタリックス 1.5ml ロタテック 2ml	医療機関名: 医師名: 接種年月日: 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目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ヶ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。