

## ロタウイルス予防接種 予診票（定期接種）

◎該当するものを○で囲んでください。

ロタリックス（1価） ・ ロタテック（5価） （ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）	診察前の体温	度 分
住 所	小山市	
フ リ ガ ナ	住民番号	令和 年 月 日生
受ける人の氏名	男・女	
保護者の氏名	電話 ( )	( 週)

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要なところ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から配られている説明書を読みましたか	いいえ	はい	
2 今日の予防接種の効果や副反応（特に腸重積症）などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
3 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生時の体重（ ）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	はい	いいえ	
4 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	
5 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
6 1か月以内に家族や友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
7 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
8 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	
9 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	
10 その他、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、その他の病気にかかり、現在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	いいえ	はい	
11 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ( )ヶ月頃 そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
12 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	
13 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 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
14 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投薬を受けましたか (薬剤名 )	はい	いいえ	
15 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	
16 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	
17 これまで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	
18 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（**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について、説明しました。  
医師署名又は記名押印

### 保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性（特に腸重積症）、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**）  
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。  
保護者自署

使用ワクチン名	接 種 量		医療機関 所在地 名 称 医 師 名 接種年月日 年 月 日
ワクチン名	経口摂取		
Lot No.	ロタリックス 1.5 ml	ロタテック 2 ml	
(注)有効期限がきれていないか確認			

