

[ ロタウイルス ] 予防接種予診票 (乳児対象)

回数	1回目・2回目(1回目接種日: 年 月 日)		診察前の体温	度	分
住所	沙流郡平取町				
受ける人の氏名		男	生 年 月 日	年	月 日生
保護者の氏名		女		(生後	週 日)

1回目の場合、本日が出生14週6日を

2回目の場合、本日が出生24週を

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、効果や副反応について理解しましたか	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 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
1カ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方がいましたか (病名 )	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( ) 接種日 ( 月 日 )	はい	いいえ	
これまでに腸重積症になったことはありますか。 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	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
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 ( )	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言われましたか	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	
そのとき熱が出ましたか	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 ( )	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はありますか 予防接種の種類 ( )	ある	ない	
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	
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	
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	
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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。  
 医師署名又は記名押印

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、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 ) ※かっ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

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名: ロタリックス	※ 経口摂取 1.5ml	実施場所	平取町国民健康保険病院
Lot No.		医師名	
(注) 有効期限が切れていないか要確認		接種年月日	令和 年 月 日