［ロタウイルス感染症］ 予防接種予診票

*ボールペンで下の太ワクの項目について、当てはまるところに記入するか、〇印でかこんでください。

母子健康手帳交付番号							母子健康手帳確認	□

接種回数	1 ※ア　2　3 ※イ ※ア 1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認　※イ 五価経口弱毒生ロタウイルスワクチン（ロタテック）のみ3回目を接種	診察前の体温	度　分		
		再　検	度　分	受付	医師
住　所		電話番号	（　）　－		
ふりがな		男	生年	令和　年　月　日生	
受ける人の氏名		女	月日	（出生　週　日後）	
保護者の氏名				「出生〇週●日後」とは出生日の翌日を1日として算出した	

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、市から配布されている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
(2)これまでロタウイルスワクチンを接種したことがありますか。 ① 今回が初めての接種 ② 2回目（前回接種日: 令和　年　月　日） ③ 3回目（前回接種日: 令和　年　月　日）	―	―	
接種したことがある場合:前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上空いていますか。	はい	いいえ	
(3)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。	あった	ない	
出生後に異常がありましたか。	あった	ない	
乳児健診で異常があると言われたことがありますか。	ある	ない	
(4)今日、体に具合の悪いところがありますか。 あれば具体的な症状を書いてください。（　）	はい	いいえ	
(5)最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名（　）	はい	いいえ	
(6)1ヵ月以内に家族や友達に麻しん、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	
(8) これまでに腸重積症になったことがありますか。または治療を完治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)生まれてから今までに先天性異常、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。（　）か月頃	はい	いいえ	
そのときに熱は出ましたか。	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)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。 予防接種の種類とその症状（　）	ある	ない	
(13)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	
(14)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	
(15)6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか。	はい	いいえ	
(16)今日受ける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（ 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** ） ※カッコの中どちらかを〇で囲んでください。

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	**経口接種**		実施場所
Lot No.	ロタテック®	ロタリックス®	医師名
※ 有効期限が切れていないか要確認	2mL	1.5mL	接種年月日

(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や川崎病、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。