ロタウイルス感染症予防接種予診票

※母子健康手帳を確認の上、今までの予防接種の接種日を記入してください。【医療機関記載欄】

	1回	2回	3回
ロタリックス(1価)	・　・	・　・	
ロタテック(5価)	・　・	・　・	・　・
□ 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の確認			

※出生〇週〇日後とは出生日の翌日を1日として算出した日を表します

1回	2回	3回
診察前体温	度　分	

▼これは、予防接種を受けるお子さんの健康調査です。下の太枠のすべての項目について、〇印および必要事項を記入してください。

氏名　フリガナ　　男・女 年　月　日生(満　週　日)	保護者氏名	住　所　**(住民票のある住所)** TEL(　－　－

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から配られている**「説明書」**を読みましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
腸重積症について説明を受け、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) ・分娩時及び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	なかった なかった	
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ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名(　)(　月　日頃)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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(　)(　月　日頃)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(　)(　月　日) ※母子健康手帳の予防接種の記録欄を確認して下さい。	はい	いいえ	
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	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	
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、血液、脳神経、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(　) ※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 はい	いいえ 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) ※そのとき熱がでましたか	はい はい	いいえ 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	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はありますか 予防接種名(　)	はい	いいえ	
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	
6ヶ月以内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(注)	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**(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、予防接種の結果、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

＊ 保護者の記入欄 ＊　(保護者のサインは連れてきた方の氏名を記入)

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か。
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。

同意します ・ 同意しません
＊どちらかを〇で囲んでください。

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 Lot No (注)有効期限がきれていないか要確認	経口接種 ロタリックス 1.5ml	ロタテック 2ml		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でないことがあります。

☆ 担当医療機関様へ　接種後、予診票は翌月の10日までに提出してください。　飯 塚 市