

ロタウイルス感染症
定期予防接種予診票

ロタリックス	1回目・2回目
ロタテック	1回目・2回目・3回目

※該当するものを○で囲んでください。
※原則として同一の製剤で接種するようにしてください。

住所	朝倉市	診察前の体温	度	分
ふりがな		生年月日		
受ける人の氏名		男	令和	年 月 日生
保護者の氏名		女	(出生	週 日後)
			「出生○週●日後」とは出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします。	

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しましたか？	医療機関記入欄
	<input type="checkbox"/>

質問事項	回答欄	医師記入欄
今回の接種は何回目ですか。	1回目・2回目・3回目	
これまでの接種年月日を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ)	1回目: 年 月 日	
*前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔があいていることを確認	2回目: 年 月 日	
今日受ける予防接種について市町村から配られている、「予防接種と子どもの健康」を読みましたか。	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 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。	なかった	あった
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	なかった	あった
今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	ない	ある
最近1カ月以内に病気がかかりましたか。 病名()	いいえ	はい
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(麻疹 風しん 水痘 おたふくかぜ その他:)	いいえ	はい
最近、次の予防接種を受けましたか。 1週間以内(B型肝炎、ヒブ、小児用肺炎球菌、四種混合、日本脳炎、その他)	いいえ	はい
4週間以内(BCG、その他)	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
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(先天性異常 胃腸障害 心臓 腎臓 肝臓 血液 脳神経 その他:)	いいえ	はい
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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(月 日)	いいえ	はい
そのとき熱が出ましたか。(度 分)	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
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()	ない	ある
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()	ない	ある
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。	いいえ	はい
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。	いいえ	はい
これまで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。	いいえ	はい
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい
【医師記入欄】 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。 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)	医師署名又は記名押印	
医師の診察・説明(ワクチン成分も含む)を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応(特に腸重積症)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、接種を希望しますか。 (希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者自署 (委任の場合は受任者)	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	経口接種 該当する方に○	実施場所	
	ロタリックス	ロタテック	医師名
	1.5 ml	2 ml	接種年月日 令和 年 月 日

※有効期限が切れていないか確認

(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重症の感染症の治療の目的で注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、予防接種の効果が出ないことがあります。