

ロタウイルス感染症予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所	札幌市 区			連絡先☎		—	
フリガナ				男	生年月日	令和 年 月 日生	
受ける人の氏名						女	(出生 週 日後)
保護者の氏名			続柄	「出生〇週●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。			

接種日を記入してください	1回目	2回目	3回目	医療機関記入欄 (☑を)
ロタリックス (1価) 最終期限 出生24週0日後まで	月 日	月 日		
ロタテック (5価) 最終期限 出生32週0日後まで	月 日	月 日	月 日	
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 また、前回接種から27日以上の間隔があいていることを確認しましたか (医療機関の方がご確認ください)				

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札幌市から配られている説明文書を読み、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 (または札幌市からの説明文書を読み)、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 乳幼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カ月以内に家族や友達に麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか 病名 ()	はい	いいえ
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 受けた日 ()	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 *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
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
その他、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 ()	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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()ヶ月頃	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しん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・食品名 ()	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	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 ()	ある	ない
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
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
これまでに輸血また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 (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。

医師の署名又は記名押印

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 (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、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌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 (注) 有効期限確認	接種量		実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	経口摂取		実施場所			
	ロタリックス 1.5mL	ロタテック 2mL				
Lot No.			医師名			
医師記入欄			接種年月日 令和 年 月 日			

※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カ月以内に受けた方は、麻しんなどの生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。