

有効期限 年 月 日

ロタウイルス予防ワクチン予診票 (ロタテック)

年 月 日記入

今回接種する回数に○をつけてください。 1回目・2回目・3回目		今朝の体温	度	分
		診察前の体温	度	分
住 所	<input type="checkbox"/> 野木町に 住民票がある	野木町大字	TEL	
ふりがな		男・女	生 年 月 日	年 月 日生 (満0歳 か月)
受ける人の氏名				
保護者の氏名				
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 分娩後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か月以内に病気にかかりましたか いつ (月 日 ~ 月 日) 病名 ()			はい	いいえ
1か月以内に家族や友達にはしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 具体的な病名 ()			はい	いいえ
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () 期日 () 月 () 日			はい	いいえ
これまでに他のロタウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数と時期 (回 1回目 月 日 2回目 月 日)			はい	いいえ
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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
これまでに、発熱、下痢、頬や舌に白っぽいものが出る症状を繰り返したり、なかなか風邪が治らない ことを経験したことがありますか。 具体的な症状 ()			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 () か月頃			はい	いいえ
そのとき熱がでましたか			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、具合が悪くなったりしたことがありますか 薬・食品の種類 ()			ある	ない
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			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がありますか 予防接種の種類 ()			ある	ない
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか			はい	いいえ
6か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			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、予防接種の効果、副反応、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、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・副反応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・方法	実施場所・医師名・接種年月日
名称: 5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン <input type="checkbox"/> ロタテック内用液 メーカー名 MSD株式会社 製造番号:	経口接種、2mL	実施場所 医師名 接種年月日 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か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。

【※必ず当日保護者が記入してください。】

野木町