

ロタウイルス感染症予防接種予診票

(市提出用)

<input type="checkbox"/> ロタリックス(1 価)	1 回目	2 回目	診察前の体温	度 分
<input type="checkbox"/> ロタテック(5 価)	1 回目	2 回目		
※同じワクチンを投与してください。				
住 所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市			(電 話)
ふりがな	受ける人の氏名		男・女	生年月日
保護者の氏名			(出生 週 日後) 出生日の翌日を1日として算出した日	

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	1 回目	2 回目	3 回目	
これまでの接種年月日を記入してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ) ※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認	(1 回目) (2 回目)	年 月 日	年 月 日	
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	いいえ	はい		
今回の予防接種の効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい		
腸重積症について説明を受け、理解しましたか	いいえ	はい		
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 病名 ()	はい	いいえ		
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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		
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (/接種日 月 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、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 ()	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うけてよいといわれましたか	いいえ	はい		
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (月頃)	はい	いいえ		
そのとき熱はありましたか	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はありますか 薬・食品名 ()	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 予防接種の種類 ()	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		
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		
これまで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 ・ 見合わせたほうがよい) 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) ※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、本予診票が下野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	接 種 量		実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	経口接種		医療機関 所在地 名 称	接種年月日
Lot No.	ロタテック	ロタリックス		
(注)有効期限が切れていないか要確認	2 ml	1.5 ml	接種医師名	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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※下野市を転出した場合は使用できません。 ※接種時は、母子手帳等接種履歴がわかる書類をお持ちください。

ロタウイルス感染症予防接種予診票

(医療機関用)

<input type="checkbox"/> ロタリックス(1 価)	1 回目	2 回目	診察前の体温	度 分
<input type="checkbox"/> ロタテック(5 価)	1 回目	2 回目		
※同じワクチンを投与してください。				
住 所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市			(電 話)
ふりがな	受ける人の氏名		男・女	生年月日
保護者の氏名				年 月 日生 (出生 週 日後) 出生日の翌日を 1 日として算出した日

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	1 回目	2 回目	3 回目	
これまでの接種年月日を記入してください。(今回の接種が2 回目以降の場合のみ) ※前回のロタウイルスワクチン接種から 27 日以上の間隔が空いていることを確認	(1 回目) (2 回目)	年 月 日	年 月 日	
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	いいえ	はい		
今回の予防接種の効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい		
腸重積症について説明を受け、理解しましたか	いいえ	はい		
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 病名 ()	はい	いいえ		
1 か月以内に家族や遊び仲間に麻疹 (はしか)、風しん、水痘 (みずぼうそう)、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		
1 か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 (/接種日 月 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、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 ()	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うけてよいといわれましたか	いいえ	はい		
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (月頃)	はい	いいえ		
そのとき熱はありましたか	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はありますか 薬・食品名 ()	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 予防接種の種類 ()	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		
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		
これまで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 ・ 見合わせたほうがよい) 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) ※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、本予診票が下野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	接 種 量		実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	経口接種		医療機関 所在地 名 称	接種年月日
Lot No.	ロタテック	ロタリックス		
(注)有効期限が切れていないか要確認	2 ml	1.5 ml	接種医師名	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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※下野市を転出した場合は使用できません。 ※接種時は、母子手帳等接種履歴がわかる書類をお持ちください。