様式第九

ロタウイルス感染症予防接種予診票

〒

様

ロタウイルス感染症予防接種通知書

※保護者の方は太枠内を記入してください。

接種年月日	令和　　年　　月　　日	体温	度　　分
氏　　名	(フリガナ)		
保護者名			
住　　所	〒		
生年月日	令和　　年　　月　　日 （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。	性　別	□男　□女
電話番号	（　　）　　－		

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） ※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	年　月　日		
	2回目	年　月　日		
今日の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		
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		
お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重【　　】g　・分娩時に異常はありましたか。 ・出生後に異常はありましたか。 ・乳児健診で異常があると言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はありますか。 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（　　）	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人はいましたか。　病名（　　）	はい	いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）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。又は、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は受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ		
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。　（　　）か月頃	はい	いいえ		
その時に熱はでましたか。	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、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。　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人はいますか。	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。	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　　**医師署名又は記名押印**

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、副反応及び予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。

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ついて同意します。　**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
	経口接種		
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	ロタテック® （5価） 2ml	ロタリックス® （1価） 1.5ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日