

石狩市 ロタウイルス感染症予防接種予診票 【太枠内を記入欄願います】

住 所		石狩市		診察前の体温		度 分	
ふりがな				年 月 日生			
受ける人の氏名		男		生 年 日		出生 週 日後	
保護者の氏名		女		生 月 日		出生〇週●日後とは出生日翌日を1日として算出	

質問事項		回答欄		医師記入欄
今日の接種は何回目ですか。 1回目( 年 月 日) 2回目( 年 月 日) 3回目				
今日の接種が2回目以降の場合、過去の接種年月日を記入願います。 ※前回から、27日以上の間隔が空いていることを確認		1回目は、出生14週6日より前		
今日受ける予防接種の効果と副反応について説明書など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、理解しましたか。	はい	いいえ		
発育歴について 分娩時に異常がありましたか。	なかった	あった		
出生体重 g 出産後に異常がありましたか。	なかった	あった		
乳児健診などで異常があるとされたことがありますか。	ない	ある		
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を記入願います。( )	いいえ	はい		
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 病名( )	いいえ	はい		
1ヶ月以内に家族や遊び仲間、麻しん、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( )	いいえ	はい		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 受けた日( )	いいえ	はい		
腸重積症になったことがありますか。または治療が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		
免疫不全と診断されたことはありますか。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ことがありますか。	いいえ	はい		
その他、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( )	いいえ	はい		
その病気を診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 か月頃)	いいえ	はい		
そのときに熱がでましたか。	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、体の具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名( )	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がありますか。 予防接種の種類( )	いいえ	はい		
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 )	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		
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		
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。	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(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度などについて、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** )** ※どちらかを〇で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、石狩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 ※有効期限要確認※	接種量		実施場所・医師名
ワクチン名 Lot No.	経口摂取		実施場所 医師名
※有効期限が切れていないか要確認	ロタリックス 1.5ml	ロタテック 2ml	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カ月以内に受けた人は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に不出ないことがあります。

石狩市 ロタウイルス感染症予防接種予診票 【太枠内を記入欄願います】

住 所		石狩市		診察前の体温		度 分	
ふりがな				年 月 日生			
受ける人の氏名		男		生 年 日		出生 週 日後	
保護者の氏名		女		生 月 日		出生〇週●日後とは出生日翌日を1日として算出	

質問事項		回答欄		医師記入欄
今日の接種は何回目ですか。 1回目( 年 月 日) 2回目( 年 月 日) 3回目				
今日の接種が2回目以降の場合、過去の接種年月日を記入願います。 ※前回から、27日以上の間隔が空いていることを確認		1回目は、出生14週6日より前		
今日受ける予防接種の効果と副反応について説明書など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、理解しましたか。	はい	いいえ		
発育歴について 分娩時に異常がありましたか。	なかった	あった		
出生体重 g 出産後に異常がありましたか。	なかった	あった		
乳児健診などで異常があるとされたことがありますか。	ない	ある		
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を記入願います。( )	いいえ	はい		
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 病名( )	いいえ	はい		
1ヶ月以内に家族や遊び仲間、麻しん、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( )	いいえ	はい		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 受けた日( )	いいえ	はい		
腸重積症になったことがありますか。または治療が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		
免疫不全と診断されたことはありますか。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ことがありますか。	いいえ	はい		
その他、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( )	いいえ	はい		
その病気を診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 か月頃)	いいえ	はい		
そのときに熱がでましたか。	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、体の具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名( )	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がありますか。 予防接種の種類( )	いいえ	はい		
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 )	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		
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		
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。	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(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度などについて、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** )** ※どちらかを〇で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、石狩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 ※有効期限要確認※	接種量		実施場所・医師名
ワクチン名 Lot No.	経口摂取		実施場所 医師名
※有効期限が切れていないか要確認	ロタリックス 1.5ml	ロタテック 2ml	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カ月以内に受けた人は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に不出ないことがあります。