

保護者の方は、太線枠内を記入してください。

接種回数	←1回目は1、2回目は2を記入してください		※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てください。			
住所	千葉市	区	電話	— —		
予防接種番号			※医療機関記載欄 実施日			
フリガナ		性別	西暦	20	年	月
氏名			生後日数	出生	週	日後
生年月日	西暦	年	月	日	保護者氏名	
(↑予防接種番号シールをはってください)			診察前の体温		度	分

質問事項	回答欄		医師記入欄
これまでのロタウイルスワクチンの接種年月日を記載してください。(2回目の場合のみ記入)※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔があいていることを確認 前回のワクチンに○(1回目 ロタテック・ロタリックス)	(1回目)	年 月 日	
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。	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	
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。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか。(症状:)	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(月 日:)	はい	いいえ	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、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(月 日:)	はい	いいえ	
生まれてから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(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
病名()			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	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。(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疹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。	はい	いいえ	
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方はいますか。	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	
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	
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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか。ある場合()	はい	いいえ	

※この用紙は、機械で読み取りますので、黒ボールペンで丁寧に書いてください。

メーカー名	実施医療機関名		コード
Lot.No.	たるいこどもクリニック 幕張		0376
有効期限	西暦	年 月 日	
接種の適否	接種量	接種医師名(接種否の場合は判定医師)	コード
1. 適 2. 否	4 1.5ml	垂井 洋樹	001

医師の記入欄
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、説明をしました。
医師署名又は記名押印

保護者(または代理人)の記入欄 (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・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うえで、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。「同意しません」は接種できません。
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。このことを理解のうえ、本予診票が千葉市に提出されることに同意します。
保護者(または代理人)自署

ロタウイルス(ロタリックス)予防接種 (医療機関控用)

- 1 被接種者氏名() 生年月日 年 月 日
- 2 住所 千葉市 区
- 3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 LotNo.