

ロタウイルスワクチン(ロタリックス内用液)接種予診票

太い線で囲まれたところを記入するか、○で囲んでください

回数	1回目(今回が初めて)	2回目(1回目接種日: 年 月 日)	診察前の体温	度 分
住所	〒		TEL	() -
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男女	生年月日	年 月 日生
保護者の氏名				(生後 週 日)

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の説明(「ロタウイルスワクチン(ロタリックス内用液)の接種をご希望の方へ」)を読みましたか	いいえ	はい	
ロタウイルスワクチンは「今回初めて接種する」、または「今回2回目、1回目はロタリックス内用液を接種した」のどちらかにあてはまりますか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 出生体重(g)			
分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳児健診で異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
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	
今日、下痢をしていますか	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か月以内に家族や近所にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか (病名:)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか (いつ: 月 日) (予防接種名:)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、消化管、脳神経、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 既往症)	はい	いいえ	
また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言われましたか	はい	いいえ	
生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、病気にかかると通常の回復期間より長引くようなことがありましたか	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 (いつごろ)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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 (薬・食品の種類:)	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 (予防接種名:)	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	
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(特に腸重積症のリスクと対処)及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました 医師の署名または記名押印 _____
-------	---

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、目的、副反応(特に腸重積症のリスクと対処)などについて理解したうえで、接種を希望しますか(はい ・ いいえ) 保護者の署名 _____
--------	---

使用ワクチン名	名称: 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン ロタリックス内用液 メーカー名: グラクソ・スミスクライン(株) 製造番号:	接種量・方法 1.5mLを 経口接種	実施場所 医師名 接種年月日	医療機関名: 医師名: 接種年月日: 年 月 日
---------	---	--------------------------	----------------------	--------------------------------

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。記載いただきました個人情報、予防接種に関する予診のみに使用します。