

<対象年齢> ロタリックス・・・出生6週0日後から出生24週0日後まで  
 ロタテック・・・出生6週0日後から出生32週0日後まで  
 ※ともに、初回接種は生後2月に至った日から出生14週6日後が望ましい。

泉南市

## 泉南市 ロタウイルス感染症予防接種予診票

※この予診票は複写になっています。ボールペンで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。

※ワクチンを途中で変更することはできません。ワクチンによって接種回数が異なりますので、ご注意ください。(医療機関でもご確認ください。)

ワクチンの種類	接種回数(過去の接種は日付を、今回の接種回数に(○)を記入)		
ロタリックス	1回目( 年 月 日 ) ・ 2回目( 年 月 日 )		
ロタテック	1回目( 年 月 日 ) ・ 2回目( 年 月 日 ) ・ 3回目( 年 月 日 )		
住 所	泉南市	電話番号 携帯番号	- - -
フリガナ	男 ・ 女	生年月日	令和 年 月 日生 (出生 週 日後)
受ける人の氏名			出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします
保護者の氏名	自宅での今日の体温		診察前の体温
	度 分( 時頃)	度 分	度 分

母子健康手帳持参

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 本日の接種日に泉南市に住民登録がありますか ※「いいえ」の場合接種費用は全額自己負担	いいえ	はい	
2. 今日受ける予防接種についての説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
3. 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ましたか	いいえ	はい	
4. 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	
5. 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 内容( )	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか	あ	な	
6. 今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください ( )			
7. 最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名 ( )			
8. 1か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がいきましたか	はい	いいえ	
病名 ( )			
9. 1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類( ) 接種日( 月 日)			
10. 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	
11. 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	
12. 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受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
13. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ( 月頃)	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか ( 度 分)	はい	いいえ	
14. 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	
薬・食品名( )			
15. 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	はい	いいえ	
予防接種の種類( ) 症状( )			
16. 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	
17. 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい	いいえ	
18. 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 続柄( )	はい	いいえ	
予防接種の種類( ) 症状( )			
19. 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	
20. 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	可能	見合わせる	保護者に対して、予防接種の効果、副反応(とくに腸重積症)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(とくに腸重積症)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	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 泉南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	接種方法・接種量		実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名: Lot No.	経口接種 ロタリックス 1.5ml	経口接種 ロタテック 2.0ml	実施場所: 医師名: 接種日: 令和 年 月 日
(注)有効期限がきれていないか要確認			

(泉南市立保健センター)