

市提出用

ロタウイルス感染症 予防接種予診票

松戸市	受診日	西暦	年	月	日	診察前の体温	度	分
住所	松戸市					TEL		
予防接種番号						生年月日	西暦	年 月 日
ふりがな						(出生 週 日後)		
受ける人の氏名	(男・女)					保護者氏名	出生〇週〇日後は、出生日の翌日を1日として算出	

接種日時点で松戸市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります (ない・ある)

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	1回目接種の場合、本日が出生14週6日を過ぎていないことを確認(レを記入) <input type="checkbox"/>
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)	1回目	年	月 日	
※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	2回目	年	月 日	
今日受ける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	いいえ	はい		
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	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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるとい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がありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ		
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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)	はい	いいえ		
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種を受けた日と種類 (月 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※はいの場合は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 ※はいの場合はロタウイルスワクチンの接種は実施できないことがあります	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、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)	はい	いいえ		
【"はい"と回答した場合】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いわれましたか	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 最後のけいれんは (か月頃)	はい	いいえ		
そのとき熱が出ましたか	いいえ	はい		
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 () か月頃 薬品・食品名 () 症状 ()	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		
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たことがありますか	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		
今日の予防接種について質問がありますか 質問 ()	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・見合わせたほうがよい(理由:) 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について、説明をしました。	医師の自筆署名(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○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同意します。	保護者の自筆署名
------------	--	----------

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種(見合わせ)年月日
ワクチン名	経口接種	実施場所:
Lot No.	ロタテック 2mL	医師名:
有効期限 年 月 日	ロタリックス 1.5mL	接種(見合わせ)年月日: 西暦 年 月 日

キリトリ線

医療機関控用

ロタウイルス感染症 予防接種

被接種者氏名 () 生年月日 年 月 日
 住所 松戸市 TEL
 接種(見合わせ)年月日 年 月 日 使用ワクチン名 Lot No.