

# ロタウイルス感染症予防接種予診票

◎通知が行き違う場合がありますので、接種回数及び接種間隔等を親子(母子)手帳と照合してワクチン接種に臨みましょう。

予防接種を受ける人	(住 所) 宜野湾市	男 ・ 女	生年月日	診察時の体温	度 分
	(フリガナ)			年 月 日生 (診察時の日齢 週 日) ※誕生日の翌日を1日目として算出	
保護者の氏名	(氏 名)		電話番号		

↓ワクチンの種類と回数を○で囲んでください。途中でワクチンを変更することはできません。

1価 (ロタリックス) 生後6週から24週まで	1回目 (本日が出生14週6日を超えていないか確認)	2回目 (1回目接種日: 年 月 日)	
5価 (ロタテック) 生後6週から32週まで	1回目 (本日が出生14週6日を超えていないか確認)	2回目 (1回目接種日: 年 月 日)	3回目 (2回目接種日: 年 月 日)

( )のある質問事項について、お子さまの状況を回答し、「はい」に該当する場合は具体的にご記入ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日の予防接種について、市から配られている説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
2. 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いわれたことがありますか	ある	ない	
3. 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	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5. 最近1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
6. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名・接種日 ( )	はい	いいえ	
7. これまでに腸重積症になったことがありますか。又は、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	
8. これまでに免疫不全と診断されていますか。又は、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	
9. これまでに先天性異常、胃腸症状、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いわれましたか	はい	いいえ	
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) ヶ月頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
11. 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・食品名 ( )	はい	いいえ	
12. 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・症状 ( )	はい	いいえ	
13. 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与をうけましたか 薬剤名 ( )	はい	いいえ	
14. 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	
15. 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	
16. 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	
17. 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、副反応及び予防接種健康被害制度について、説明しました。

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** ) ※かつこの中のどちらかを○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 (使用期限注意)	経口接種		実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
ワクチン名 Lot No.  □予診のみ	ロタリックス (1価) 1.5ml □	ロタテック (5価) 2ml □	実施場所 医師名 接種(予診)年月日 年 月 日

ロタウイルス予防接種と同時接種を行ったワクチンがあれば、○で囲むこと

【 B型肝炎 ・ ヒブ ・ 小児の肺炎球菌 ・ DPT-IPV ・ BCG ・ MR ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ おたふく ・ その他 ( ) 】

### ◎予防接種を受けることができない子

1. 接種施設で測定した体温が、37度5分以上あるお子さん
2. 重い病気にかかっていることが、明らかなお子さん
3. 予防接種の接種液の成分によって、30分以内にひどいアレルギーをおこしたことがあるお子さん
4. 腸重積の発症を高める可能性のある未治療の先天性消化管障害（メッケル憩室等）や腸重積症の既往のあるお子さん、重症複合型免疫不全症（SCID）を有するお子さん
5. その他医師が不適切な状態と判断したお子さん

### ◎予防接種を受けるにあたって、お医者さんとよく相談しなければならない子

主治医の先生に前もって相談してから接種してください。

1. 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気や発育が悪いなどで治療をうけているお子さん
2. 予防接種で、接種後2日以内に発熱のみられたお子さん及び全身性発疹、じんましんなどアレルギーと思われる異常がみられたお子さん
3. 接種しようとする接種液の成分に対して、アレルギーをおこすおそれのあるお子さん
4. 過去にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがあるお子さん
5. 過去に免疫不全の診断がされているお子さん及び近親者に先天性免疫不全症の者がいるお子さん

※宜野湾市に転入してきた方で、転入前にロタウイルス予防接種を受けた方は、上記までご連絡ください。