

ロタウイルスワクチン(ロタテック®内用液)予防接種予診票

※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。

| | | | | | | |
|--------------------------|-----|-----|------|----------|-----|------|
| 接種回数 | 1回目 | 2回目 | 3回目 | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住所 | | | | 電話番号 | () | - |
| (フリガナ) 接種を受ける人の 氏名 | 男・女 | | 生年月日 | 平成 | 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説明文 (『ロタウイルスワクチン(ロタテック®内用液)を接種される方へ』)を読み、理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生時の体重 | () | 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たことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○具体的な症状() | はい | いいえ | |
| 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 ○具体的な病名() | はい | いいえ | |
| 1ヵ月以内に家族や友達にはしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 ○具体的な病名() | はい | いいえ | |
| 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 ○予防接種名() | はい | いいえ | |
| これまでに他のロタウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 ○接種回数と時期(回、 1回目 / 2回目) | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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。 ○具体的な病名() ○主治医のコメント() | はい | いいえ | |
| これまでに発熱、下痢、頬や舌に白っぽいものが出る症状を繰り返したり、なかなか風邪が治らないことを経験したことがありますか。 ○具体的な症状() | 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。()ヵ月頃 ○その時に熱は出ましたか。 | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。 ○薬・食品名() | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全症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がありますか。 ○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人はいますか。 | はい | いいえ | |
| 6ヵ月以内に輸血あるいは免疫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 ・ 見合わせたほうがよい) 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、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。

以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。(はい ・ いいえ) 保護者署名 []

| 使用 ワクチン名 | 接種量・方法 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--|----------|---|
| 名称: 5価経口弱毒生ロタウイルスワクチン □ロタテック®内用液 メーカー名: MSD株式会社 製造番号: | 経口接種、2mL | 医療機関名: 小池やすはら小児クリニック 医師名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時 |

備考欄