

ロタリックス内用液接種予診票

診察前の体温 度 分

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 (生後6週から～) → 27日以上あけて、生後24週までに		
	2回目 (1回目接種日 : 年 月 日)		
住所	Tel ()		
受ける人の名前	男・女	生年月日	平成 年 月 日生
保護者の氏名			(満 月)

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(「ロタウイルス胃腸炎予防ワクチン(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	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言われた事がありますか?	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日、身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ヶ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	
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特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・消化管・腎臓・脳神経免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師に診察をうけていますか (病名 既往症)	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	
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事がありましたか	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 ()歳頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、身体の具合が悪くなった事がありますか (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、具合が悪くなった事がありますか (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ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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・副反応などについて理解した上で
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	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
名称 : 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン メーカー名 : グラクソ・スミスクライン(株) 製造番号 :	1.5mlを経口接種	神奈川県川崎市宮前区野川3000番地 医師名 こども元気!内科クリニック TEL 044-740-3456 接種年月日

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。記載頂きました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。

¥16,200