

# ロタリックス<sup>®</sup>内用液接種 予診票

\* 接種希望の方へ：太ワク内をご記入するか、○で囲んでください。

		診察前の体温	度 分	
回数	1回目(今回が初めて)	2回目(1回目の接種日 年 月 日)		
住所	TEL ( )		—	
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 ・ 女	生年 月 日	西暦 年 月 日 生 (生後 週 日)	
(保護者の氏名)				

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を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 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	
乳幼児健診で異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
今日、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ヵ月以内の病気にかかりましたか (いつ: 月 日 ~ 月 日) (病名: )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に家族や近所にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方が いましたか(病名: )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか (いつ: 月 日 ~ 月 日) (予防接種名: )	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、消化管、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: 既往症: )	はい	いいえ	
また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、 病気にかかる通常回復期間より長引くようなことがありましたか	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(いつごろ ) そのとき熱が出ましたか( はい いいえ )	はい	いいえ	
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・食品の種類: )	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方はいますか	はい	いいえ	
6ヵ月以内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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄 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) 本人及び保護者に対して、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、説明した。	医師の署名
--	-------

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た上で、 接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の氏名)
--	-------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名称: 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン メーカー名: 製造番号:	1.5 mLを経口接種	実施場所: 新潟県南魚沼市余川 3362-1 六日町こどもクリニック 医師名: 白井 崇準 接種日時: 年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。