

別紙2 予診票の記入について

《R7.3.26 版》高松市定期予防接種（子ども）

- ・ **赤枠で囲んだ部分**：記入必須
- ・ 消えないペンで記入すること。
- ・ 医師の記入欄に訂正がある場合訂正印を押印すること。

高松市 **20** ロタリックス (1価) **21** ロタテック (5価) **ロタウイルス感染症 予防接種予診票** 整理番号

(住 所) **ワクチン種類を選択 (ロタのみ)**

(氏 名)

注 1 対象年齢 ロタリックス (1価) 出生6週0日後から24週0日後まで
ロタテック (5価) 出生6週0日後から32週0日後まで
高松市に住民登録がある方 (転出した方はこの予診票は使用できません。)

意 2 持参するもの 予診票、母子健康手帳を必ずご持参ください。
3 太線 ― のワク内だけ保護者の方が記入してください。

接種回数 **1回目** **2回目** **3回目 (ロタテックのみ)**

受ける人の生年月日 (日 月 年) (出生 週 日後) ※出生日の翌日を出生0週1日後として算出

保護者の氏名

連絡先 (電話番号)

※1回目の接種は、腸重積症等のリスクを考慮し原則出生14週6日後までに
行いましょう。
※予診票は生後2か月までに3枚お送りしていますが、ロタリックス (1価) を
接種する場合、1枚不要となりますので、廃棄処分してください。

質 問 事 項

診察前の体温	医療機関に	回 答 欄	医師記入欄
ロタウイルスワクチンについて	度 分	はい	いいえ
あなたのお子さんの発育歴に	はい	いいえ	
出生体重 ()	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところが	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気やケガが	はい	いいえ	
はいの場合 → 病名 () () 月 () 日頃	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人がいましたか (すでに罹患した人、あるいはその予防接種を受けた人は除く)	はい	いいえ	
はいの場合 → 病名 ()			
※2回目以降の接種の方にお問います (前回と同一のワクチンを接種してください。)			
1回目・2回目はいつ・どちらのワクチンで受けましたか (前回の接種から27日以上あてていること。)			
1回目 () 年 () 月 () 日 使用ワクチン ☐ ロタリックス (1価) ☒ ロタテック (5価)			
2回目 () 年 () 月 () 日 使用ワクチン ☐ ロタリックス (1価) ☐ ロタテック (5価)			
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常・胃腸障害・心臓・腎臓・血液・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	はい	いいえ	
その病気の主治医に今日の予防接種の許可を受けていますか	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	はいの場合 → () 歳 () か月頃	はい	いいえ
そのとき、熱はありましたか	はいの場合 → () 度くらい	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	はい	いいえ	
薬名・食品名 ()			
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	はい	いいえ	
予防接種名 () 症状 ()			
腸重積症について説明を受け、理解しましたか	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、治療が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、ロタウイルスワクチンの予防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たことはありますか。また、肺炎や中耳炎などの感染症を繰り返したり、 他の病気を繰り返したりしたことがありますか	はい	いいえ	
たか 薬名 ()	はい	いいえ	
すか	はい	いいえ	
ますか	はい	いいえ	
今日、について質問がありますか	はい	いいえ	
医師記入欄			
以上の診察の結果、今日の予防接種は ① 可能 ② 見合わせる と判断します。			
保護者に、予防接種の効果、副反応 (特に腸重積症) 及び予防接種 健康被害救済制度について、説明をした。			
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 (特 に腸重積症) 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、今回の接種を希望します。また、この予診票は、予防接種の 安全性の確保を目的としており、市町村に提出されます。上記の内容 にご同意いただける方は、この該当する欄に署名してください。			
医師のサイン			
保護者のサイン			
代理人のサイン			
※代理人が同伴する場合も保護者のサインは必要です。			
使用ワクチン名 (使用期限注意)			
ワクチン名 (lot No.)			
接種量			
接種量 (ロタリックス (1価) 1.5ml ロタテック (5価) 2ml)			
接種または見合わせ年月日			
接種医療機関・医師名			

直筆サイン または 朱印
ゴム印のみは不可

被接種者が
・ 16歳未満
→ 親権者のサイン
・ 16歳以上
→ 本人のサイン

接種量を選択 (ロタのみ)