

# 別紙2 予診票の記入について

《R8.3.25 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 21 予防接種予診票

ワクチン種類を選択 (ロタのみ)

接種回数 1回目 2回目 3回目(ロタテックのみ)

過去の接種歴と矛盾がないこと

明らかに発熱している場合 (目安は 37.5℃以上) 接種不可

同意します・同意しません 選択欄がある場合は○必須

直筆サイン または 朱印 ゴム印のみは不可

接種量を選択 (ロタのみ)

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

ボールペンで強く押し 医療機関 ↓ 高松市保健所感染症対策課へ①

※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	回答欄	医師記入欄
診察前の体温	度 分	
ロタウイルスワクチンについて		
あなたのお子さんの発育歴に出生体重( )	はい  いいえ	
今日、体に具合の悪いところがないか	はい  いいえ	
最近1か月以内に病気やケガが( )月( )日頃	はい  いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に、麻しん・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	
※2回目以降の接種の方にお伺いします(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 <input type="checkbox"/> ロタリックス(1価) <input type="checkbox"/> ロタテック(5価)		
2回目( )年( )月( )日 使用ワクチン <input type="checkbox"/> ロタリックス(1価) <input type="checkbox"/> 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・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	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、	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。

保護者に説明し、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。

医師のサイン

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。上記の内容を同意した場合は、この診察記録簿(署名欄)に署名してください。

保護者のサイン

また、保護者が同伴できない場合、次の者を代理人とし、一切の権限を委任します。

代理人のサイン 続柄

※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

接種または 見合わせ年月日 令和( )年( )月( )日

接種医療機関・医師名