

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

医療機関 記入欄	接種 回数	1回目	・	2回目	・	3回目	生後 週数	生後	週	日	
							(<input type="checkbox"/> 前回はロタテック®を接種したか確認)				

保護者の方へ：太枠内 の箇所にもれなくご記入ください

診察前体温		度	分
受ける人 の氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	生年 月日
保護者 氏名		電話 番号	西暦
住所	〒	()	年 月 日生

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)の接種を希望される方へ」を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
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(<input type="text"/>)	はい	いいえ	
1か月以内に病気にかかりましたか ○具体的な病名(<input type="text"/>)	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲にはしか、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(<input type="text"/>)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか ○いつ(<input type="text"/>) ○予防接種名(<input type="text"/>)	はい	いいえ	
これまでに特別な病気(先天性異常、腸重積症、胃腸障害、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(<input type="text"/>) ○主治医から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	
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(<input type="text"/>)	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(<input type="text"/>) ○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、体の具合が悪くなったりしたことがありますか ○薬・食品名(<input type="text"/>)	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(<input type="text"/>)	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	
これまで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 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、予防接種の目的、効果、副反応(特に腸重積症)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[<input type="text"/>]
-----------	---

保護者 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の目的、効果、副反応の可能性(特に腸重積症) 及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、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[<input type="text"/>]
------------	--

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：	2mL 経口接種	医療機関名： 医師名： 接種年月日： 年 月 日