

ロタリックス®内用液接種予診票

医療機関控 複写①

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

| | | | |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| 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 年 月 日生 |
| 保護者の氏名 | | | (生後 週 日) |

| 質問項目 | 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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれましたか | あった あった はい | なかった なかった 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、下痢をしていますか | はい | いいえ | |
| 最近1ヵ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 | |
| 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)(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、病気にかかる通常の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・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はありますか (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うえで、
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 | 医療機関名: じきはらこどもクリニック 医師名: 接種年月日: 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。記載いただ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。