

# 轮状病毒疫苗 接种预诊票

--	--

请在这次接种次数前的方框内打“✓” 在已接种过的疫苗种类上画“○” 并填写过去的接种年月日	<input type="checkbox"/> 第1次接种 (Rotarix单价·RotaTeq5价) (公历) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2次接种 (Rotarix单价·RotaTeq5价) (公历) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第3次接种 (RotaTeq5价) (公历) 年 月 日
---	---	---	---

※如果今天是第1次接种,请确认从孩子出生之日起算到今天为止尚未超过14周零6天。

※如果家长不清楚以往接种过的疫苗,请向医生出示母子手册的预防接种记录,或预防接种记录单,或向上一次接种的医疗机构确认。

请在下面粗线框内的问题中填写必要事项,并在回答栏中选择一方画“○”。	诊察前体温	度
------------------------------------	-------	---

询问事项	回答栏		医生填写栏
1 是否已阅读了足立区发放的关于今天所要接种疫苗的说明书?	否	是	
2 关于今天的预防接种的效果及副反应等,是否都理解了?	否	是	
3 对于“肠套叠”的说明,是否理解了?。	否	是	
4 此项询问孩子的生长发育史。 出生时体重 ( ) g			
分娩时是否有异常?	是	否	
出生后是否有异常?	是	否	
在婴儿健康检查时是否被告知有异常?	是	否	
5 今天身体是否有不适之处? 请填写具体症状。( )	是	否	
6 最近1个月内是否患过病? 病名( )	是	否	
7 最近1个月内在家庭成员或玩耍伙伴中,是否有患麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病的人? 病名( )	是	否	
8 最近1个月内是否接种过疫苗? 疫苗名( ) 接种日( / )	是	否	
9 到现在为止,是否患过肠重叠? ※如果回答“是”,就不能接种。	是	否	
10 现在是否有尚在治疗中的先天性消化管障碍? ※如果回答“是”,就不能接种。	是	否	
11 到现在为止,是否被诊断为免疫不全,或反复患肺炎、中耳炎等感染症或反复腹泻,或曾有体重增加不良的情况?	是	否	
12 从出生到现在,是否患有先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症等疾病,并在接受医生的诊治? 病名( )	是	否	
正在诊治上述疾病的医生是否同意孩子可以接种今天的疫苗?	是	否	
13 到现在为止,是否发生过痉挛(抽搐)? 出生后( )个月左右	是	否	
发生痉挛(抽搐)时是否伴有发热?	是	否	
14 是否因药物或食品引起过皮肤发疹或身体不适?	是	否	
15 近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人?	是	否	
16 到现在为止,是否因接种疫苗引起过不良反应? 疫苗名( )	是	否	
17 近亲中是否有因接种疫苗引起过不良反应的人?	是	否	
18 母亲在怀孕期间是否使用过抑制免疫的药物? 药名( )	是	否	
19 对今天的预防接种是否有疑问?	是	否	

**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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

**家长填写栏**

通过接受医生的诊察和说明,我已了解预防接种的效果、目的、有产生严重副反应（特别是肠套叠）的可能性,以及预防接种健康被害救済制度等内容,在此基础上

(同意 不同意) 接种疫苗。  
 ※请在括号中选择一方画“○”。

本预诊票是以确保预防接种的安全性为目的。  
 我已了解上述事宜,同意把本预诊票交给区政府。

家长亲笔签名或  
 陪同者签名

<b>使用ワクチン</b> 該当にのびしてください <input type="checkbox"/> ロタリックス(1価) 1.5mL <input type="checkbox"/> ロタテック(5価) 2mL Lot No.	<b>実施場所・接種医師名</b> 実施機関名・住所・電話番号  接種医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	経口接種
接種(予診)年月日	(西暦) 年 月 日