

로타바이러스백신 접종 예진표

--	--

이벤이 몇 차 접종인지 ☐ 에 ☒ 해 주십시오. 접종한 백신 종류에 ☐ 해 주십시오. 또한, 과거 접종 년월일을 기재해 주십시오.			
☐ 1차 접종 (로타릭스 1가 ·로타텍 5가)	☐ 2차 접종 (로타릭스 1가 ·로타텍 5가)	☐ 3차 접종 (로타텍 5가)	
년 월 일	년 월 일		

※1차 접종인 경우는 접종일이 출생후 14주 6일을 넘지 않았는지를 확인해 주십시오.

※백신 종류가 확실하지 않을 경우는 의사에게 모자수첩의 예방접종 기록 또는 예방접종 기록표를 제시하거나 접종한 의료기관에 확인해 주십시오.

아래의 굵은 선 안의 질문에 필요한 사항을 기재하고 회답란의 해당하는 곳에 ☐해 주십시오.

질 문 사 항		회답란		의사기재란
1 오늘 받을 예방접종에 대해 구에서 배부한 설명서를 읽어 보셨습니까?		아니오	예	
2 오늘 예방접종의 효과와 부작용 등에 대하여 이해하였습니까?		아니오	예	
3 창자검침중에 대한 설명을 듣고 이해하십니까?		아니오	예	
4 자녀 발육 과정에 대하여 질문하겠습니다.				
출생 시 체중 () g				
분만 시 이상이 있었습니까?		예	아니오	
출생 후 이상이 있었습니까?		예	아니오	
유아 건강검진 때 이상소견을 받은 적이 있습니까?		예	아니오	
5 오늘 몸이 아프거나 불편한 곳이 있습니까?		예	아니오	
구체적인 증상을 적어주십시오. ()				
6 최근 1개월 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명 ()		예	아니오	
7 1개월 이내에 가족 또는 친구 중 홍역, 풍진, 수두, 유행성이하선염 등에 걸린 사람이 있습니까? 질병명 ()		예	아니오	
8 1개월 이내에 예방접종을 받았습니까?		예	아니오	
예방접종명 () 접종일 / ()				
9 지금까지 창자검침중에 걸린 적이 있습니까? ※예(はい)하신 분은 접종할 수 없습니다.		예	아니오	
10 치료가 끝나지 않은 선천성 소화관장애가 있습니까? ※예(はい)하신 분은 접종할 수 없습니다.		예	아니오	
11 지금까지 면역부전 진단, 간염이나 중이염 등의 감염증, 설사를 반복하거나 체중의 증가가 원활하지 못한 적이 있습니까?		예	아니오	
12 출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 위장장애, 심장, 신장, 간장, 혈액, 뇌신경, 면역부전증, 기타 질병에 걸려 의사의 진찰을 받고 있습니까? 병명 ()		예	아니오	
상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?		예	아니오	
13 경련을 일으킨 적이 있습니까? () 개월경		예	아니오	
그때 발열이 있었습니까?		예	아니오	
14 약, 식품으로 피부에 발진이나 두드러기가 나거나 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까?		예	아니오	
15 근친자 중에 선천성 면역부전으로 진단받은 사람이 있습니까?		예	아니오	
16 지금까지 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까?		예	아니오	
예방접종명 ()				
17 근친자 중에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 사람이 있습니까?		예	아니오	
18 어머니가 임신 중에 면역을 억제하는 약을 투여한 적이 있습니까? 약 이름 ()		예	아니오	
19 오늘 받을 예방접종에 대해 질문 있습니까?		예	아니오	

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

보호자 기재란	使用ワクチン	実施場所・接種医師名	
의사의 진찰·설명 등을 듣고 예방접종의 효과나 목적, 심각한 부작용의 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하였으므로 예방접종에 (동의함 ・ 동의하지 않음) ※괄호 안의 해당하는 곳에 ☐ 해 주십시오. 본 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 이를 이해하고 본 예진표를 구에 제출하는 것에 동의합니다. 보호자 서명 또는 동반자 서명	該当に因してください ☐ ロタリックス (1価) 1.5mL ☐ ロタテック (5価) 2mL Lot No. (注) 有効期限が切れていないか 要確認	実施機関名・住所・電話番号 接種医師名	
	経口接種	接種(予診)年月日	(西暦) 年 月 日