

ロタウイルス感染症予防接種予診票

ロタリックス〔1回目・2回目〕

生後6週～24週（168日まで）27日以上の間隔
1回目は生後6週～14週6日まで

ロタテック〔1回目・2回目・3回目〕

生後6週～32週（224日まで）27日以上の間隔
1回目は生後6週～14週6日まで

該当項目を○で囲む

◎必ず母子健康手帳を持参して下さい。

診察前の体温	度	分	度	分
住民登録住所	福島市			
生年月日	令和	年	月	日生
性別	男・女	ふりがな	受ける人の氏名	
電話番号	()		ふりがな	保護者氏名
ロタウイルス感染症予防接種歴				
1回目 令和 年 月 日 接種				
2回目 令和 年 月 日 接種				

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 今日（接種当日）、福島市に住民票がありますか 転出を予定していますか 転出予定はいつごろですか（ 月 日）	いいえ いいえ	はい はい
② 今日受ける予防接種について市から配られている「予防接種と子どもの健康」か説明書を読みましたか	いいえ	はい
③ あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重（ ）g 分娩時に異常はありましたか（ ） 出生後に異常はありましたか（ ） 乳児健診で異常があると言われたことがありますか（ ）	なかった なかった ない	あった あった ある
④ これまでに腸重積症になったことがありますか。または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか。	いいえ	はい
⑤ これまでに免疫不全と診断されていますか。または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか。	いいえ	はい
⑥ その他、これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、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（ ）いつから（ ） 病院名（ ）主治医名（ ） 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	いいえ いいえ	はい はい
⑦ 今日体に具合の悪いところはありますか 具体的な症状（ ） 月 日から 病院名（ ）主治医名（ ）	いいえ	はい
⑧ 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名（ ） それはいつ治りましたか（ 月 日 治癒）	いいえ	はい
⑨ 1か月以内に家族や周りの人に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか 病名（ ）接触したのはいつですか（ 月 日） かかったのはいつですか（ 月 日） また、いつごろ治りましたか（ 月 日）	いいえ	はい
⑩ 最後に受けた予防接種は何ですか 予防接種の種類（ ） 年 月 日接種		
⑪ ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）か月頃 年 月 日 そのときに熱は出ましたか	いいえ いいえ	はい はい
⑫ 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 原因（ ）	いいえ	はい
⑬ 母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか。薬剤名（ ）	いいえ	はい
⑭ 家族や血縁者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか（続柄）	いいえ	はい
⑮ 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（ ） 症状（ ） 年 月 日接種	ない	ある
⑯ 家族や血縁者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 続柄（ ）症状（ ）	いいえ	はい
⑰ 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。	いいえ	はい
⑱ 今日の予防接種について質問がありますか（ ）	いいえ	はい
⑲ 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、接種することに同意しますか	同意 します	同意 しません

医師の記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）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。 医師署名又は氏名印のときは認印
--------	---

保護者自署	【保護者以外の方に委任する場合】予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、 同伴者名 続柄 に同伴させることに同意します。 接種時保護者とすぐ連絡できる電話番号
※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。このことを理解した上、本予診票が福島市に提出されることに同意します。	

ワクチン名とメーカー名 Lot No.	接種量（経口接種） ロタリックス 1.5ml ロタテック 2ml	実施場所 医師名
有効期限 年 月 日	接種年月日・時間 令和 年 月 日 AM・PM :	

（5年間保存）

令和2年10月 ① 福島市用

医療機関記入欄

太枠内を黒ボールペンで記入してください。消えるペンは使用できません。予診票に保護者の署名や太枠内に記入漏れがあると受けられません。