ロタリックス内用液接種予診票

太い線で囲まれたところを記入するか、〇で囲んでください

回 数	1回目(今回が初めて)	2回目(1回目接種日:	年	月	日)		診察前の体温			度	分
住 所							TEL	()	_	
(フリガナ)	())		男					
受ける人の氏名						女	生年月日		年	月	日生
保護者の氏名					•				(生後	週	日)

中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	質 問 事 項	回答	李欄	医師記入欄
の方へ)を読みましたか?	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	13132	1+1>	
あてはまりますか? 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) はい いいえ はい いいえ 出生後に異常がありましたか? はい いいえ いいえ 見児健診で異常があるといわれましたか はい いいえ いいえ 見んに長きの悪いところがありますか? はい いいえ にはい いいえ ほしい いいえ ほしい いいえ 日本に見合の悪いところがありますか? はい いいえ しいいえ しいいえ 日本に見合の悪いところがありますか? はい いいえ しいいえ しいいえ 日本に見合の悪いところがありますか? はい いいえ 日本に見合の悪いところがありますか? はい いいえ しいいえ 日本に対すり、日本にはしか、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 ロいいえ 月 日~月日)(病名:) はい いいえ はい いいえ 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 はい といいえ 第名を受けていますか? (病名 既住症) はい いいえ によれてから今までに大きて性異常、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 はい いいえ と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、病気にかかると はい いいえ できつけ (けいれん)をおこしたことがありましたか? はい いいえ できしおいんいと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 できしおで成前に実命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? (はい いいえ に対象者に矢声性免疫不全と診断されている方はいますか? はい いいえ に親者に矢天性免疫不全と診断されている方はいますか? はい いいえ に親者に手た性免疫不全と診断されている方はいますか? はい いいえ に親者に下の眩撞を受けて具合が悪くなったことはありますか? (たり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 に親者に下の眩撞を受けて具合が悪くなった方はいますか? はい いいえ いれまでに予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか?	の方へ」)を読みましたか?	0,0,7	140,	
あてにおりますか? 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)	ロタウイルスワクチンは「今回初めて接種する」、または「2回目で、1回目はロタリックス内用液を接種した」のどちらかに	1.1=	1+1.	
分娩時に異常がありましたか? はい いいえ はい いいえ 別児健診で異常がありましたか? はい いいえ いいえ 別児健診で異常があるといわれましたか はい いいえ には いいえ や日、体に具合の悪いところがありますか? はい いいえ ほか いいえ 優近1ヵ月以内に病気にかかりましたか? はい いいえ ほか いいえ ほか いいえ 日 日 月 日)(病名:) はい いいえ はい いいえ (病名:) はい いいえ はい いいえ (病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ (はい いいえ (病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ はい いいえ (病名:) はい いいえ (はい いいえ (病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ (はい いいえ (病名:) はい いいえ (たっていろうまでにた天性異常、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 またその病気を診でもらっている医師に今日の下肢種を受けてよいと言われましたか? はい いいえ (はい にいえ 海常の回復期間より長引くようなことがありますか? はい いいえ (本の)をおいましたか はい いいえ (本の)をおこしたことがありますか? はい いいえ (本の)を紹正ましたか はい いいえ (本の)を紹正ましたか はい いいえ (本の)を紹正ましたが はい いいえ (本の)を紹正ましたが はい いいえ (本の)を紹正ましたが はい いいえ (本の)を紹正を受けて具合が悪くなったことがありますか? はい いいえ (本の)を種を受けて具合が悪くなったことはありますか? はい いいえ (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 (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 (か)を種を受けて具合が悪くなった方はいますか? はい いいえ (か)の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 いいえ (か)の別様を受けて見合が悪くなった方はいますか? はい いいえ (か)の別様を受けて見合が悪くなったが良いないますないますないますないますないますないますないますないますないますないま	あてはまりますか?	いいえ	146,	
出生後に異常がありましたか?	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)			
現児健診で異常があるといわれましたか	分娩時に異常がありましたか?	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか? はい いいえ 今日、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? はい いいえ (いつ: 月 日~ 月 日)(病名:) いいえ 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? はい いいえ (病名:) はい いいえ 4週間以内に予防接種を受けましたか? はい いいえ (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 はい いいえ またその病気を診で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 連帯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)を訪に上たがありますか?(いつごろ) はい いいえ そのとき熱が出ましたか はい いいえ 薬や食品で皮膚に実修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? はい いいえ (薬・食品の種類:) はい いいえ 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか? はい いいえ で防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか? はい いいえ 6カ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	出生後に異常がありましたか?	はい	いいえ	
(症状:	乳児健診で異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
(症状:) (はい いいえ ほよい いいえ ほい いいえ (いつ: 月 日~ 月 日)(病名:) はい いいえ (病名:) はい いいえ (お間以内に予防接種を受けましたか? (病名:) はい いいえ に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 にいえ 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 にいえ はい にいえ 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 できつけ(けいれん)をおこしたことがありましたか? はい にいえ そのとき熱が出ましたか はい にいえ そのとき熱が出ましたか はい にいえ できつけ(けいれん)をおこしたことがありますか? (はい にいえ できつきがけに発を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? はい いいえ にまって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? はい いいえ (薬・食品の種類:) はい にいえ (薬・食品の種類:) はい にいえ (薬・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) はい いいえ (※・食品の種類:) いいれ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) いいれ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) いれ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:) いいれ (※・食品の種類:) いいえ (※・食品の種類:	今日、体に具合の悪いところがありますか?	1+15	1313=	
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 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 4週間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 またその病気を診で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、病気にかかると はい いいえ 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 のきりがけいれん)をおこしたことがありますか? はい いいえ そのとき熱が出ましたか はい いいえ 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? はい いいえ 変も品種類:) はい いいえ 近親者に先天性免疫不全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? 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 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 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	(症状:	IAU,	いいえ	
(いつ: 月 日~ 月 日)(病名: いいえ	今日、下痢をしていますか	はい	いいえ	
1カ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?	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか?	1+1 >	17172	
(病名:) はい いいえ はい にいえ ま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 にいえ 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 にいえ 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、病気にかかると はい いいえ 適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 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) はい にいえ はい ないれえ 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? はい いいえ に、薬・食品の種類:) はい にいえ で、薬・食品の種類:) はい にいえ になる におきないを乗りを使んを不全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? はい いいえ におきている方はではありますか? はい いいえ におきて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 にもに がり接種名: はい にいえ いいえ いいえ にもに いいえ にもい いいえ にもに いいえ にもに いいえ にもに いいえ にもに いいえ にもい いいえ にもに いいえ にもに いいえ にもい いいえ にもい いいえ にもい いいえ にもれ いいえ にもい いれ にもい いれ にもい いれ にもい いいえ にもい いれ にもい	(いつ: 月 日~ 月 日)(病名:	IAU,	いいえ	
(病名:	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?	1+1 >	1717	
(いつ: 月 日) 予防接種名: 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、病気にかかると適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 かとき熱が出ましたか はい いいえ はい いいえ 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? (はい ないえ)で、食・食品の種類: いれるに先天性免疫不全と診断されている方はいますか? はい いいえ に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? はい いいえ いいえ いいえ いいえ いいえ いいえ いいえ いいえ いいえ	(病名:	140,	いいん	
(いつ: 月 日) 予防接種名: 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、類や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、病気にかかると 遠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 できつけ(けいれん)をおこしたことがありますか?(いつごろ) はい いいえ そのとき熱が出ましたか はい にいえ でいくき 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? はい いいえ (薬・食品の種類:) は親者に先天性免疫不全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? はい いいえ にいえ であ接種名:) はい いいえ はい いいえ にいえ にいえ にいえ にいえ にいえ にいえ にいえ にいえ にい	4週間以内に予防接種を受けましたか?	1+1 >	1717=	
おいえ おいえ おいえ おいえ おいえ おいえ おいえ おいえ 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、病気にかかると はい しいえ 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 しいえ 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 はい いいえ ない ない ない ない ない ない	(いつ: 月 日)予防接種名:	140,	0.0.7	
診察を受けていますか?(病名 既往症) はい にいえ 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 にいえ 連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、病気にかかると はい にいえ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありましたか? はい にいえ そのとき熱が出ましたか はい にいえ にいえ で楽・食品の種類: いいえ で楽・食品の種類: はい にいえ にお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? はい にいえ 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? はい にいえ にお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? はい にいえ にいえ にいれまで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 にいえ に対えに発表に発売を受けて具合が悪くなった方はいますか? はい にいえ にいえ にいれま におい にいえ にいれま におい にいれま におい にいれま におい にいれま にいれま におい にいれま にいいえ にいれま にいいえ にいれま にいいえ にいいえ にいれま にいいえ にいれま にいいえ にいいえ にいいえ にいれま にいれま にいいえ にいれま にいれま にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にない にいえ にいれま にいれま にいいえ にいれま にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にない にいれま にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にはい にいれま にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にいいえ にない にいれま にいいえ にない にいれま にいいえ にない にいれま にいれま にない にいれま にいれま にない にない にいれま にない にない にいえ にない にいれま にない にいれま にない にいれま にない にない にない にいれま にない にない にいれま にない にいれま にない にない にない にないま にない にない にない にない にない にない にいれま にない にない にない にないま にない	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	1+1 >	13135	
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、病気にかかると 通常の回復期間より長引くようなことがありましたか? 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) はい いいえ はい ないえ ないとき熱が出ましたか はい いいえ はい ないえ 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? はい いいえ (薬・食品の種類:) 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? 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? はい ないえ いいえ (予防接種名:) はい いいえ はい いいえ いいえ いいえ (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 いいえ いいえ いいえ いいえ に利利の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	診察を受けていますか ?(病名 既往症)	140,		
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 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?(薬・食品の種類:) はい いいえ 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか? 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? 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	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	
通常の回復期間より長引くようなことがありましたか? 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 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? (薬・食品の種類: 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか? 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:) 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 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、病気にかかると	1+15	1212	
そのとき熱が出ましたか はい いいえ 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? はい いいえ (薬・食品の種類:) はい いいえ 近親者に先天性免疫不全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? はい いいえ (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	通常の回復期間より長引くようなことがありましたか?	IAU,	いいん	
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? はい いいえ (薬・食品の種類:) はい いいえ 近親者に先天性免疫不全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? はい いいえ (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	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	はい	いいえ	
(薬・食品の種類:) 近親者に先天性免疫不全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? はい いいえ (予防接種名:) 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	そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全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? はい たが はい な に で で で で で で で で で で で で で で で で で で	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?	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:) 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	(薬・食品の種類:)			
(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	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか?	はい	いいえ	
(予防接種名:) 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	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?	1415	13135	
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	(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	
会日の予防接種について質問がありますか? けい はいう	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	
(フロソ) PI PI PI PI PI PI PI	今日の予防接種について質問がありますか?	はい	いいえ	J

医師	
記入欄	

• **見合わせた方がよい**)と判断します

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** 保護者に対して、予防接種の効果・副反応(特に腸重積のリスクと対処)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 (特に腸重積症のリスクと対処)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	 医療機関名 : なかにしこどもクリニック							
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)	1.5mLを 経口接種		医師名: 中西恭一							
製造番号:			接種年月日:		年	月	日			