

Rotarix(ロタリックス) Rota Teq(ロタテック)

※If this is the first vaccination, have you confirmed that the child is not older than 14 weeks and 6 days as of today?

IMMUNIZATION QUESTIONNAIRE (1st • 2nd • 3rd)

Did you read the explanation distributed by your municipality, regarding the immunization being given today?		Yes / No	
Child	Address	Phone Number ()	Body temperature before consultation °C
	Name	Male Female	Name of Parent /Guardian
	Date of Birth	Month / Date / Year	Answer
Please answer the following questions about the child		Doctor's use only	
Birth Weight () g		Did the child have any abnormal findings at delivery? Yes / No	
		Did the child have any abnormal findings after birth? Yes / No	
Was any abnormality identified at an infant health check?		Yes / No	
Is the child sick today? If so, describe the nature of the illness. ()		Yes / No	
Has the child been ill in the past month? Disease name ()		Yes / No	
Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? Disease name ()		Yes / No	
Has the child been exposed to anyone with tuberculosis (including family members)?		Yes / No	
Has the child been vaccinated in the past month? Vaccine name ()		Yes / No	
Has your child experienced intussusception before? Or does your child have an untreated congenital abnormality of the gastrointestinal tract? Note: If yes, your child cannot receive the rotavirus vaccine.		Yes / No	
Has your child been diagnosed with immunodeficiency? Or has your child experienced repeated diarrhea, repeated infections such as pneumonia or middle ear infections, or had difficulty gaining weight? Note: If yes, your child may not be able to receive the rotavirus vaccine.		Yes / No	
Does the child have a congenital anomaly, heart, kidney, liver, central nerve disease, immune deficiency, or any other diseases for which you have consulted a doctor? Disease name ()		Yes / No	
Where relevant, did the doctor who manages the above disease agree with today's vaccination?		Yes / No	
Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at what age did it occur? ()		Yes / No	
If you answered "yes" to the preceding question, did the child have a fever at that time?		Yes / No	
Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications?		Yes / No	
Has the child had a serious reaction to a vaccine in the past? Vaccine name ()		Yes / No	
Did the mother take medication which suppresses the immune system while pregnant with the child? If you answered yes to the previous question, name of medication: ()		Yes / No	
Does the child have a family member or relative with a congenital immunodeficiency?		Yes / No	
Has any family member or relative of the child had a serious reaction to a vaccine in the past?		Yes / No	
To date, has your child received a blood transfusion or been injected with gamma globulin?		Yes / No	
Do you have any questions about today's vaccination?		Yes / No	
<p>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 (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(特に腸重積)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。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印 _____</p>			
<p>My child has been examined by and I have been provided with information by the doctor. I understand the benefits, objectives, possibility of serious side effects (particularly intussusception), and information concerning the Relief System for Injury to Health with Vaccination, and accordingly I (do / do not)* give consent for my child to be vaccinated. Please circle your choice. I understand that the purpose of the questionnaire is to ensure the safety of vaccinations and I agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office.</p> <p>Signature of the parent/guardian (or the patient herself, if married): _____</p>			
<p>When the person except the protector takes child to the vaccination, please fill in "Power of attorney" by all means. A protector is a Person Authority and a Guardian Who Has Parental Authority and a Guardian Power of attorney I entrust () about this vaccination and assume it my agreement with the agreement Signature of the parent/guardian (or the patient herself, if married): _____</p>			
ワクチン		接種量	
メーカー名	(ロタ)経口	実施医療機関名・医師名	
Lot No	ml	実施医療機関	
有効期限	ロタリックス1.5ml ロタテック2.0ml であることを確認	医師名	
(注)有効期限がきれていないか要確認		接種年月日 年 月 日	

[Note] Gamma globulin is a blood product that is injected to prevent infections, such as type A hepatitis, and to treat severe infections. Certain vaccines (for example, measles vaccine) are occasionally less effective in people who have received this product in the preceding 3 to 6 months

Rotarix(ロタリックス) Rota Teq(ロタテック)

※1回目接種については、両ワクチンとも出生14週6日後まで(15週未満)に行うことが推奨されています。

予防接種予診票 (1回目・2回目・3回目)

今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか		はい	いいえ
接種を受ける者	住所	診察前の体温 _____ ℃	
	電話番号 (_____)	保護者の氏名	
	氏名		
生年月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)	回答欄	医師記入欄
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 分娩時に異常がありましたか あった なかった		はい / いいえ	
出生後に異常がありましたか あった なかった		はい / いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		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	
具体的な症状を書いてください (_____)			
最近1カ月以内に病気にかかりましたか		はい / いいえ	
病名 (_____)			
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか(病名 _____)		はい / いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか		はい / いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか		はい / いいえ	
予防接種の種類 (_____)			
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? ※この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません		はい / いいえ	
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。 ※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります。		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、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	
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いわれましたか		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 (_____)歳頃		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	
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	
予防接種の種類 (_____)			
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 (_____)		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	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		はい / いいえ	
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		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	
<p>医師の記入欄</p> <p>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(特に腸重積)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。</p> <p>_____ 医師署名又は記名押印</p>			
<p>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)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・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 自署</p>			
<p>※保護者以外の者が予防接種に被接種者を連れて行く場合、「委任状」を必ずご記入下さい。未記入の場合、接種が受けられませんので注意して下さい。保護者とは、親権を行うもの(父母、養親)及び後見人です。</p> <p>私は、被接種者のこの予防接種について、(_____)に委任し、その同意をもって、私の同意といたします。</p> <p>_____ 保護者署名(直筆)</p>			
ワクチン	接種量	実施医療機関名・医師名	
メーカー名	(ロタ)経口	実施医療機関	
Lot No.	ml	医師名	
有効期限	ロタリックス1.5ml ロタテック2.0ml であることを確認	接種年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
(注)有効期限がきれていないかを確認			

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。