

ロタウイルス 予防接種申込書及び予診票

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所には○をして 記入日：(令和 年 月 日) 詳細を記入し、裏面の保護者自署欄に自筆で署名してください。

診療前の体温 度 分

本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。		はい ・ いいえ → 接種券は使用できません。	
の住民登録住所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号 ☎ (— —)		
受ける人	氏名	フリガナ	男・女
	生年月日	令和 年 月 日生 (出生 週 日後)	保護者の氏名 つれてきた人の氏名

1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか。 医療機関記入欄

質問事項	回答欄			医師記入欄
1. 今回の接種は何回目ですか。	1回目	2回目	3回目 (ロタテックのみ)	
2. これまでの接種年月日を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ) ※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認	1回目	年 月 日 (ロタリックス・ロタテック)		
	2回目	年 月 日 (ロタテックのみ)		
3. 今日の予防接種について、神戸市から配られている「予防接種と子どもの健康」や、ワクチンに関する説明リーフレットを読み、予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ		
4. 腸重積症について説明を受け、理解しましたか。(裏面下部参照)	はい	いいえ		
5. お子さんの発育歴についておたずねします。出生時体重()グラム 出産時、出生後、乳児健診などで異常があるとされたことがありますか。	ない	ある		
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ()	いいえ	はい		
7. (1)最近1か月以内に、病気にかかりましたか。(いつ: 月 日) 病名{ 麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他 () } (2)今、何か薬を飲んでいますか。	いいえ	はい		
	いいえ	はい		
8. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。 病名 ()	いいえ	はい		
9. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 受けた日と予防接種の種類 () ※異なるワクチン間の接種間隔の変更により、注射生ワクチン間のみ、27日以上の間隔が必要です。	いいえ	はい		
10. 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。 (予防接種の種類)	いいえ	はい		
11. 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。	いいえ	はい		

12. 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。	いいえ	はい	
13. 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・脳神経の病気、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 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいと言われましたか。	いいえ はい	はい いいえ	
14. ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか。（ か月頃） その時に熱は出ましたか。	いいえ いいえ	はい はい	
15. 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。（薬・食品名 ）	いいえ	はい	
16. 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	
17. 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。	いいえ	はい	
18. 近親者に予防接種を受けて具合の悪くなった人はいますか。	いいえ	はい	
19. 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	
20. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	
【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（特に腸重積症のリスクと対処）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。 <div style="text-align: right;">医師署名又は記名押印 _____</div>			

【保護者記入欄】
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性（特に腸重積症のリスクと対処）、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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量〔経口接種〕	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	ロタリックス 1. 5mL (回目)	実施場所 神戸市兵庫区犬飼通1丁目2-24 森 医 院
Lot. No.		医師名 医師 森 啓 行
有効期限 ※有効期限が切れていないか要確認	ロタテック 2. 0mL (回目)	接種年月日 令和 年 月 日

ロタウイルスワクチンを接種される方へ ～腸重積症について～

- ロタウイルスワクチンの接種した後に、腸重積症の発現がわずかに上昇することが分かっています。腸重積症とは、腸が腸に入り込み、閉塞状態になることです。腸重積症になると、腸が詰まって血液の流れが悪くなることで、腸の組織が壊死することがあります。0歳児の場合、ロタウイルスワクチンを接種しなくても起こる病気でもともと、3～4か月齢ぐらいから月齢が上がるにつれて多くなります。
- 接種後（特に1週間）に、以下のような症状が一つでも現れたら、腸重積症が疑われます。
症状に気づいたら、すみやかに医療機関を受診してください。接種した医療機関とは別の医療機関を受診する場合は、ロタウイルスワクチンを接種したことを医師に伝えてください。

《腸重積症の主な症状》

- 泣いたり不機嫌になったりを繰り返す
- 嘔吐を繰り返す
- ぐったりして顔色が悪くなる
- 血便がでる