那覇市

ロタウイルス感染症予防接種　予診票

診察前の体温	（　　度　　分）　※体温は医療機関で測り記入してください。

ロタリックス（2回接種） 出生6週0日後から24週0日後まで	1 回目 （本日が出生 14 週 6 日後を超えていないか確認）	2 回目 （1回目接種日：　年　月　日）	
ロタテック（3回接種） 出生6週0日後から32週0日後まで	1 回目 （本日が出生 14 週 6 日後を超えていないか確認）	2 回目 （1回目接種日：　年　月　日）	3 回目 （2回目接種日：　年　月　日）

予防接種を受ける人	（住　所）那覇市			
	（フリガナ） （氏　名）	男・女	生年月日	年　月　日生 （出生　週　日）
保護者の氏名			電話番号	TEL　－　－

※必ず住民登録している住所を記入してください。那覇市の住民登録者以外がこの予診票で接種する場合は、全額自己負担となります。

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種及び裏面の注意事項を確認し、腸重積症について理解しましたか	はい	いいえ	
2	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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか（例：下痢、嘔吐など） 具体的な症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
4	最近１カ月以内に病気にかかりましたか　病　名（　　）	はい	いいえ	
5	１カ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方がいましたか　病　名（　　）	はい	いいえ	
6	１カ月以内に予防接種を受けましたか　予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
7	これまでに腸重積症になったことがありますか。又は、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	
8	これまでに免疫不全と診断されていますか。又は、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	
9	その他、生まれてから今までに先天性異常、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（　　）	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	
10	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　　）週頃	はい	いいえ	
	そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
11	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・食品名（　　）	はい	いいえ	
12	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・症状（　　）	ある	ない	
13	母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与をうけましたか　薬剤名（　　）	はい	いいえ	
14	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	
15	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	
16	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	
17	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

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）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

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　・　同意しません　）**　※かっこの中のどちらかを〇で囲んでください。

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。

保護者自署

使用ワクチン名（使用期限注意）	経口接種		実施場所・医師名・接種年月日（予診のみの場合もご記入ください）
ワクチン名 Lot No. □ 予診のみ	ロタリックス 1.5mL	ロタテック 2mL	実施場所 医師名 接種（予診）年月日　年　月　日

※太枠内にご記入ください。

◇予防接種の一般的注意事項◇

◆接種を受ける前の注意

・受ける当日は朝から接種を受ける方の状態をよく観察し、普段と変わったところの無い事を確認するようにしましょう。
・予防接種の必要性や副反応についてよく理解し、わからないことは接種を受ける前に接種医に質問しましょう。
・事前に記入する予診票は、接種する医師への大切な情報です。責任を持って正確に、予防接種を受ける子どもの状況を記入して下さい。
・予防接種を受ける子どもの、日頃の健康状態をよく知っている保護者の方が連れて行きましょう。
・親子（母子）健康手帳を必ず持って行きましょう。

◆接種を受ける際の注意が必要な方

・心臓病、肝臓病、腎臓病、血液の病気や発育障害などで治療を受けている。
・過去に予防接種を受けて二日以内に発熱または発疹、じんましんなどのアレルギーと思われる症状があった方。
・過去に免疫不全の診断を受けた方及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる方。
・ワクチンに含まれる卵の成分や、抗生物質、安定剤などについてアレルギーがあるといわれたことのある方。
・未熟児で生まれたり、発育が悪く医師や保健師の指導を継続して受けている。
・薬の投与を受けて皮膚に発疹が出たり、体に異常をきたしたことがある。
・過去にけいれんやひきつけを起こしたことがある。
・予防接種を受けようとしたとき、周囲（家庭、学校等）で麻しんやおたふくかぜなどの感染症が流行している。
※上記に該当する方は、前もって主治医と相談しておきましょう。

◆接種を受けられない方

・37.5℃以上の発熱がある場合。
・重い急性疾患にかかっていることが明らかな場合。
・今回受ける予防接種の接種液の成分によって、アナフィラキシー（ショック症状）を起こしたことがある方。
・その他、医師が不適当な状態と判断した場合。

◆予防接種を受けた後の一般的注意事項

・接種後30分間は接種を受けた医療機関で受けた方の様子を観察するか、医師とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。急な副反応はこの間に起こることがあります。
・接種後、生ワクチンは４週間、不活化ワクチンは１週間の副反応に注意しましょう。
・入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。また、激しい運動は避けましょう。

◆予防接種の副反応と健康被害救済制度について

ワクチンの種類によって異なりますが、発熱、接種局所の発赤、腫脹（はれ）、硬結（しこり）、発疹などが比較的多い頻度で認められます。通常、数日で改善するので心配はありません。しかし、接種局所のひどい腫れ、高熱、ひきつけなどの症状がおきた場合は、医師の診断を受けて下さい。

国内で使用するワクチンは副反応の発生が比較的少ないといわれていますが、ワクチンの種類によっては、きわめてまれ（100万～数百万人に1人程度）に重い副反応が生じることもあります。このような場合に厚生労働大臣が、副反応が定期の予防接種によるものと認定した場合は、法に基づく健康被害救済の給付が受けられます。

＊定期の予防接種には対象年齢が決められています。対象年齢外での接種は、料金が全額自己負担となり健康被害救済制度も法に基づかない給付の対象となる場合がありますので注意しましょう。

那覇市保健所　健康増進課　電話　853−7961