

ロタリックス・内用液接種予診票

任意接種用

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。
お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください

住所		TEL ()			
(フリガナ)	()	男・女	生年月日		
受ける人の氏名				昭和 平成	年 月 日生 ***** (歳 カ月)
保護者の氏名					

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける（ロタリックス）予防接種についての説明書は読みましたか	はい	いいえ	
2. 1か月以内に予防接種を受けたことがありますか	ある ()	ない	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか (症状:)	ある	ない	
4. 今日、下痢をしていますか	ある	ない	
5. 先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全・血液等の病気にかかっていますか。(はいの方は具体的に)	いる	ない	
6. 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ことはありませんか	はい	いいえ	
7. 1か月以内に、病気にかかりましたか (いつ頃:)	はい	いいえ	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。 回数: 最後は 年 月頃	はい	いいえ	
9. その時熱は出ましたか	はい	いいえ	
10. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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。(はいの方は具体的に)	はい	いいえ	
11. 近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
12. 今までに予防接種を受けて本人または家族で具合の悪くなった人がいますか (誰:)	はい	いいえ	
13. 6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します ・ 希望しません) 本人の署名 (または保護者の署名)	医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 本人に対して予防接種の効果、副反応およ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た。 医師の署名		
接種年月日:	接種量	実施場所・医師名	
Lot No.:	1.5 ml を経口接種	〒270-2261 松戸市常盤平5-12-6-201 皆春堂かおり小児科	
有効期限:			