

ロタウイルス 予防接種予診票	1回目	ワクチン選択 (どちらかに✓をつけてください)		市使用欄 (記入禁止)
		<input type="checkbox"/> 1価 (ロタリックス)	<input type="checkbox"/> 5価 (ロタテック)	

住所 栃木市 町  
※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。

予防接種番号		診察前の体温	度	分
フリガナ		男・女	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
受ける人の氏名			(出生 週 日後)	
保護者の氏名		電話番号	※初回接種推奨期間 1回目は出生14週6日後まで	

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日受ける予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
腸重積症について説明を受け、理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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言われたことがありますか。	あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状・いつから( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1か月以内に病気になるかかりましたか。病名・治った日( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1か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・誰?( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( ) 接種日( 月 日 )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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がいがありますか。※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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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接種が実施できない場合があります。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 月頃)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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( )	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
これまでに輸血あるいはガンマグロブリン(※)の接種を受けましたか。 ※血液製剤の一種	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

**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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。  
**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	実施場所・医師名	接種年月日
ワクチン名	(経口接種)		
Lot No.	1価:1.5ml		令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
(注)有効期限が切れていないか要確認	5価:2.0ml		※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。

臨時

市使用欄  
(記入禁止)

<p><b>ロタウイルス 予防接種予診票</b></p>		<p><b>2回目</b></p>		<p>1回目に接種したワクチンに✓を入れてください</p>		<p><input type="checkbox"/> 1価 (ロタリックス)</p>		<p><input type="checkbox"/> 5価 (ロタテック)</p>	
<p>住所 栃木市 町</p> <p>※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。</p>									
<p>予防接種番号</p>				<p>診察前の体温</p>				<p>度 分</p>	
<p>フリガナ</p>				<p>男・女</p>		<p>生年月日</p>		<p>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日</p>	
<p>受ける人の氏名</p>				<p>（出生 週 日後）</p>					
<p>保護者の氏名</p>				<p>電話番号</p>					
<p>質問事項</p>						<p>回答欄</p>		<p>医師記入欄</p>	
<p>1回目の接種日を記載してください。</p>						<p>月 日</p>			
<p>今日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>今日受ける予防接種の効果や副反応について理解しましたか。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>腸重積症について説明を受け、理解しましたか。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重( )g</p> <p>分娩時に異常がありましたか。</p> <p>出生後に異常がありましたか。</p> <p>乳児健診で異常があるとされたことがありますか。</p>						<p>あった なかった</p> <p>あった なかった</p> <p>ある ない</p>			
<p>今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状・いつから( )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名・治った日( )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>1か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。</p> <p>病名・誰?( )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>1か月以内に予防接種を受けましたか。</p> <p>予防接種の種類( ) 接種日( 月 日 )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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がいがありますか。※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。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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接種が実施できない場合があります。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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( )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 月頃)</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>そのとき熱が出ましたか。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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。</p> <p>薬・食品名( )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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( )</p>						<p>ある ない</p>			
<p>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( )</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>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。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>これまでに輸血あるいはガンマグロブリン(※)の接種を受けましたか。 ※血液製剤の一種</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p>今日の予防接種について質問がありますか。</p>						<p>はい いいえ</p>			
<p><b>医師記入欄</b></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。</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。</p> <p style="text-align: center;"><b>医師署名又は記名押印</b></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。</p> <p>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。</p> <p>このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 <b>保護者自署</b></p>									
<p>使用ワクチン名</p>		<p>接種量</p>		<p>実施場所・医師名</p>		<p>接種年月日</p>			
<p>ワクチン名</p> <p>Lot No.</p>		<p>(経口接種)</p> <p>1価：1.5ml</p> <p>5価：2.0ml</p>				<p>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日</p>			
<p>(注)有効期限が切れていないか要確認</p>						<p>※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。</p>			

<p>ロタウイルス 予防接種予診票</p>		<p>3回目</p>		<p>市使用欄 (記入禁止)</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> 5価 (ロタテック)</p>		<p>市使用欄 (記入禁止)</p>	
<p>住所 栃木市 町</p> <p>※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。</p>									
<p>予防接種番号</p>				<p>診察前の体温</p>		<p>度 分</p>			
<p>フリガナ</p>				<p>男・女</p>		<p>生年月日 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日</p> <p>(出生 週 日後)</p>			
<p>受ける人の氏名</p>				<p>電話番号</p>					
<p>保護者の氏名</p>									
<p>質問事項</p>						<p>回答欄</p>		<p>医師記入欄</p>	
<p>1回目・2回目の接種日を記載してください。</p>						<p>① 月 日</p> <p>② 月 日</p>			
<p>今日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>今日受ける予防接種の効果や副反応について理解しましたか。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>腸重積症について説明を受け、理解しましたか。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重( )g</p> <p>分娩時に異常がありましたか。</p> <p>出生後に異常がありましたか。</p> <p>乳児健診で異常があると言われたことがありますか。</p>						<p>あった</p> <p>あった</p> <p>ある</p>		<p>なかった</p> <p>なかった</p> <p>ない</p>	
<p>今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状・いつから( )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名・治った日( )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>1か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・誰?( )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( ) 接種日( 月 日 )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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がいがありますか。※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。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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接種が実施できない場合があります。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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( )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( 月頃)</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>そのとき熱が出ましたか。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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( )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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( )</p>						<p>ある</p>		<p>ない</p>	
<p>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( )</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>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。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>これまでに輸血あるいはガンマグロブリン(※)の接種を受けましたか。 ※血液製剤の一種</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>今日の予防接種について質問がありますか。</p>						<p>はい</p>		<p>いいえ</p>	
<p>医師記入欄</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。</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p>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。</p> <p>このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。 保護者自署</p>									

<p>使用ワクチン名</p>	<p>接種量</p>	<p>実施場所・医師名</p>	<p>接種年月日</p>
<p>ワクチン名</p> <p>Lot No.</p>	<p>(経口接種)</p> <p>5価:2.0ml</p>		<p>令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日</p> <p>※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。</p>
<p>(注)有効期限が切れていないか要確認</p>			