

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。)
 (使用不可消去の圆珠笔, 并在粗框内用清晰的文字填写。)

**ロタウイルス
 予防接種予診票
 轮状病毒
 (Rotavirus)
 预防接种问卷**

**種類 (対象年齢) いずれかの種類で接種を受ける
 种类 (适用年龄) 选择任意一种种类接受接种**
 ◆種類については予約時に確認をしてください。
 (標準的な接種期間はいずれも生後2か月～)
 ◆关于接种种类请在预约时确认。
 (标准的接种期为出生后2个月～)

**2回接種 ロタリックス (生後6週0日～24週0日)
 2次接種 Rotarix (出生6周0日～24周0日)**
**3回接種 ロタテック (生後6週0日～32週0日)
 3次接種 Rotatech (出生6周0日～32周0日)**

診察前体温
 診断前体温： 度 分

種類に○印を記入在后面の接種種類上画圈○
ロタリックス Rotarix・ロタテック Rotatech
 接種回数接種次数： () 回目次
 同じ種類で接種を完了すること
必須使用相同的接种种类到接种完

ロタウイルスの2回目以降の場合、接種日を記入
 在第2次之后的轮状病毒接种时, 请记入接种日期
 ロタリックス1回目Rotarix 的第1次接种
 年 月 日
 ロタテック 1回目Rotatech的第1次接种
 年 月 日
 ロタテック 2回目Rotatech的第2次接种
 年 月 日

1か月以内に受けた他の予防接種
1个月以内接受过其他的预防接种
 年 月 日(種類 种类)
 年 月 日(種類 种类)

生年月日 年 月 日生
 出生年月 (満満 週周 日)

住 所 地 址
 春日井市
 TEL 电话 — —

ふりがな 平假名
 受ける人の氏名 接種者姓名
 性別 男 女

保護者の氏名 家长姓名

*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に判断、対応したことを記載してください。.

質問事項		回答欄		医師記入欄
提 問 項 目		回 答 欄		医 生 填 写 栏
1	今日の予防接種について「予防接種と子どもの健康」などを読んで理解しましたか 关于今天的预防接种, 是否已阅读、并理解了“预防接种和孩子的健康”的说明等?	はい 是	いいえ 否	
2	お子さんの発育歴についておたずねします 询问有关婴儿发育的经历 出生体重 () g 克 分娩時に異常がありましたか 分娩时是否有异常? () 出生後に異常がありましたか 出生后是否有异常? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか 在婴儿的健康检查时、是否曾被告知有异常? ()	なかった 无 なかった 无 ない 无	あった 有 あった 有 ある 有	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 今天、身体是否有不舒服? 具体的な症状を書いてください 请填写具体的症状 ()	いいえ 否	はい 是	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか 最近一个月内有生过病吗? 病名 () (月 日～ 月 日頃 日左右)	いいえ 无	はい 有	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人はいましたか 一个月內是否有家人和朋友得过麻疹、风疹、水痘、腮腺炎等疾病? 病名 (月 日頃 日左右)	いいえ 无	はい 有	
6	ロタウイルスの1回目接種の場合、出生14週6日以内ですか 第一次接种轮状病毒是否在出生后14周零6天以内? (超えている場合は、そのリスクの説明を受けてください) (如果超过期间时, 请听取该风险的说明)	はい 是	いいえ 否	
7	ロタウイルスの2回目以降の接種を受ける場合、前回の接種から27日以上あいていますか 如果是第二次以后的轮状病毒疫苗接种时, 距上次接种疫苗时是否已超过27天以上?	はい 是	いいえ 否	

8	これまで腸重積症になったことや、治療の完了していない先天性消化管障がいがありますか（「はい」と回答した場合、定期接種はうけられません） 到此为止是否有得过肠套叠、或是还未治愈的先天性肠胃道疾病？（如回答“是”时，不能接受定期接种）	いいえ 否	はい 是	
9	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 从出生到现在，是否有被医生诊断为患有先天性异常、心脏、肾脏、肝脏、脑神经、免疫不全症等其他疾病？ 病名（ ）	いいえ 否	はい 是	
	（「はい」の人のみ）（仅适用回答“是”的人） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いといわれましたか 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？	はい 是	いいえ 否	
10	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか 是否曾发生过痉挛（抽搐）？ （ 歳 歳 か月頃个月左右）	いいえ 否	はい 是	
	（「はい」の人のみ）（仅适用回答“是”的人） そのとき熱が出ましたか 当时、是否有发热？	いいえ 否	はい 是	
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 是否有因药物或食品过敏而在皮肤上出现疹子或荨麻疹，或是身体不舒服的情况？ 薬品名 药物名（ ） 食品名（ ）	いいえ 否	はい 是	
12	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか 在自己的近亲中是否有被诊断为先天性免疫不全的人？	いいえ 否	はい 是	
13	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 是否曾经反复感染如肺炎或中耳炎，腹泻或体重增加等不良情况？	いいえ 无	はい 有	
14	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 至今为止预防接种时，身体是否有过不舒服？ 予防接種の種類 预防接种的种类（ ） 症状（ ）	いいえ 否	はい 是	
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 在自己的近亲中是否有预防接种后身体不舒服的人？ 予防接種の種類 预防接种的种类（ ）	いいえ 否	はい 是	
16	今日の予防接種について質問がありますか 关于今天的预防接种是否还有疑问？ （ ）	いいえ 无	はい 有	
医師記入欄 医生填写栏 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をしました。 医師署名 （自署、姓名）又は記名押印（ゴム印＋朱肉印）		体温37.5℃以上で接種した理由	見合わせ理由	
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）、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を受けることに（同意します・同意しません） 接受了医生的检查和说明，在理解预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性(特别是肠套叠)、预防接种健康受害救济制度等的基础上，（同意・不同意）接受接种 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。 本問卷的目的是为了确保预防接种的安全性。 在理解的基础上，同意向市政府提交本问卷。				
保護者署名 家长签名 （自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄）（如非家长签名时，请记入其姓名、和其关系）				
使用ワクチン名		接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日	予診年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認		(経口接種) ロタリクス 1.5ml ロタテック 2ml 該当の種類に○をつけてください。	実施場所 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 *見合わせの場合のみ記入