

(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。)
 (Please fill out the bold frames in easy-to-read characters with an indelible ballpoint pen)

ロタウイルス
 予防接種予診票
**Rotavirus
 Vaccine
 Screening
 Questionnaire**

**種類 (対象年齢) いずれかの種類で接種を受ける
 Type of Vaccine (Target age) Get vaccinated with one of the two types of vaccine**
 ◆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～)
 ◆Please confirm the type at the time of booking.
 (from the age of 2 months as a standard vaccination period for both types of vaccine)

**2回接種 ロタリックス (出生6週0日～24週0日)
 Rotarix, a 2-dose series
 (From the age of 6 weeks 0 days up until 24 weeks 0 days)**

**3回接種 ロタテック (出生6週0日～32週0日)
 RotaTeq, a 3-dose series
 (From the age of 6 weeks 0 days up until 32 weeks 0 days)**

診察前体温 Body temperature before exam _____℃

種類に○印を記入 Please circle your choice
ロタリックス Rotarix・ロタテック RotaTeq
 接種回数 Number of vaccination
 () 回目 time (dose)
 同じ種類で接種を完了すること
The same type of vaccine must be used for the full course.

ロタウイルスの2回目以降の場合、接種日を記入
 If the child receives the second or later dose of Rotavirus Vaccine, please write all previous vaccination dates.

ロタリックス1回目 Rotarix 1st dose
 年year 月month 日day

ロタテック1回目 RotaTeq 1st dose
 年year 月month 日day

ロタテック2回目 RotaTeq 2nd dose
 年year 月month 日day

1か月以内に受けた他の予防接種
 Other vaccination received within the past month
 年year 月month 日day
 (種類Type of vaccine)
 年year 月month 日day
 (種類Type of vaccine)

生年 Born on
 月日 year 月month 日day
 Date of Birth (満 Age 週 weeks 日day)

住所 Address	春日井市 Kasugai-shi		TEL	-	-
ふりがな In Hiragana		男・女 M・F			
受ける人の氏名 Child's Name					
保護者の氏名 Parent/ Guardian's Name					

*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 Questionnaire for Vaccination		回答欄 Answer		医師記入欄 Doctor's comment
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 Have you read and understood "Vaccination and Children's Health" and other information material about the vaccination you'll be receiving today?	はい Yes	いいえ No	
2	お子さんの発育歴についておたずねします Please answer the following questions about the developmental history of the child. 出生体重 Birth Weight () g 分娩時に異常がありましたか Did the child have an abnormal finding at delivery? () 出生後に異常がありましたか Did the child have an abnormal finding after birth? () 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか Was any abnormality identified at an infant health check? ()	なかった No なかった No ない No	あった Yes あった Yes ある Yes	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか Is the child sick today? 具体的な症状を書いてください If yes, describe the nature of the illness ()	いいえ No	はい Yes	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか Has the child been ill in the past month? 病名 Disease name () About when? 月month 日day ~ 月month 日頃day	いいえ No	はい Yes	
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った人はいましたか Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox or mumps in the past month? 病名 Disease name () About when? 月month 日day	いいえ No	はい Yes	
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 (超えている場合は、そのリスクの説明を受けてください) If the child receives the first dose of Rotavirus Vaccine, is the child within the age of 14 weeks and 6 days? (If the child exceeds that, please be explained about the risk.)	はい Yes	いいえ No	
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 If the child receives the second or later dose of Rotavirus Vaccine, is the interval 27 days or more from the previous vaccination?	はい Yes	いいえ No	

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） Has the child ever had intussusception before? Does the child have a congenital gastrointestinal disorder that has not been treated yet? (If you answered "Yes" to the preceding question, your child will not be able to receive the routine vaccination.)	いいえ No	はい Yes	
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 Has the child been treating of congenital anomalies, diseases of heart, renal, liver, neurologic, immunodeficiency or other diseases from birth to now? Is the child consulting any doctor for those diseases? 病名Disease name ()	いいえ No	はい Yes	
	（「はい」の人のみ）（Only for those who answered "Yes"） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか Did the doctor in charge of the above disease agree with today's vaccination?	はい Yes	いいえ No	
10	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか Has the child had a seizure (spasm or fit) in the past? About what age? (歳years か月頃months old)	いいえ No	はい Yes	
	（「はい」の人のみ）（Only for those who answered "Yes"） そのとき熱が出ましたか Did the child have a fever at that time?	いいえ No	はい Yes	
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 Has the child ever had a rash or urticaria (hives or 'nettle rash') as a reaction to medications or food or become ill after eating certain foods or receiving certain medications? 薬品名Medicine Name () 食品名Food Name ()	いいえ No	はい Yes	
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 Does the child have a family member or relative diagnosed with congenital immunodeficiency?	いいえ No	はい Yes	
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 Has the child ever had repetitive infectious diseases such as pneumonia or otitis media, or had recurrent diarrhea, or had trouble gaining weight?	いいえ No	はい Yes	
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 Has the child ever felt sick after receiving a vaccination ? 予防接種の種類Type of vaccine () 症状Symptom ()	いいえ No	はい Yes	
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 Has any family member or relative of the child ever felt sick after receiving a vaccination ? 予防接種の種類Type of vaccine ()	いいえ No	はい Yes	
16	今日の予防接種について質問がありますかDo you have any questions about today's vaccination? ()	いいえ No	はい Yes	

医師記入欄Doctor's comment

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）

Having received the doctor's examination and explanation and having understood the aims and effects of this immunization, the risk of severe side effects (particularly Intussusception) and the vaccine injury compensation program, I (do・do not) give consent for the child to be vaccinated.

この予防票は、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、本予防票が市に提出されることに同意します。

This questionnaire has the purpose to ensure the vaccination's safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city.

保護者署名Parent/Guardian's Signature

（自署、姓名/保護者以外の場合は姓名、続柄）

self-signed, first and last name/If you're not guardian, your first and last name,relationship

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 L o t No.	（経口接種） ロタリックス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

(注)有効期限が切れていないか要確認