

ロタワクチン予防接種のお知らせ

+

+

(保護者氏名住所)

様

ロタワクチン予防接種通知書

該当者氏名			
生年月日	年	月	日生
年齢	歳	ヵ月	性別
実施日			
受付時間			
実施場所			
整理番号		回数	

ロタワクチン予防接種に関する一般的注意

◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は、お子さんの体調のよい時に受けるものです。お子さんの健康状態には充分気をつけましょう。何か心配のあるときは、かかりつけの医師にご相談ください。
2. 予診票は、お子さんの健康状態に詳しい保護者が記入し、親子(母子)健康手帳と一緒に持参してください。接種を受ける際は、お子さんの健康状態をよく知っている保護者がつれて行きましょう。
3. 麻しん、風しん、水ぼうそう及びおたふくかぜ等の疾患にかかった場合は治癒後、一定の間隔をおいて接種となります。いずれの場合も状態を主治医が判断し、接種間隔を決定する必要があるため、かかりつけ医にご相談ください。
4. お子さんが満腹だと、上手にワクチンが飲めない場合があります。接種前は授乳を控えましょう。

◎予防接種を受けた後の注意

1. 接種後は、医療機関で短くても30分間は安静にして、様子をみてから帰宅してください。
2. 接種当日に激しい運動をすると、体調が悪くなる場合がありますので、静かに休ませましょう。
3. 接種当日の入浴は差し支えありません。接種後に母乳を含む食事に関する制限はありません。
4. 接種後に、ウイルスが便などを介してまわりの方に感染することがあります。接種後2週間は、おむつを交換した後の手洗いは念入りにしてください。また免疫力が低下した人と密接な接触がある場合は注意してください。
5. 接種後に、体調の変化、下痢、発熱、嘔吐、胃腸炎、けいれんなどの異常を感じた時は、すぐに医師の診察を受けてください。
6. 接種後に腸重積症と思われる症状(嘔吐を繰り返す、泣いたり不機嫌になったりを繰り返す、お腹が張る、ぐったりする、顔色が悪い、血便が出る)がひとつでも見られた場合は、すぐに医師の診察を受けてください。

◎予防接種を受けることができない子

1. 接種会場で測定した体温が、37度5分以上あるお子さん
2. 重い急性疾患にかかっているお子さん
3. 過去に同じワクチンで強いアレルギー反応(接種後に呼吸困難になったり、全身性のじんましんなどを含む)がでたことのあるお子さん
4. 腸重積症を起こしたことのあるお子さん
5. 先天性の消化管障害があり、未治療のお子さん
6. 重症複合型免疫不全(SCID)のあるお子さん
7. その他、医師が不適当な状態と判断したお子さん

浦添市保健相談センター TEL 098-875-2100

ロタウイルス予防接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

		診察前の体温		度 分	
今日受ける ロタワクチンは 何回目ですか。	1価 (ロタリックス)	(1回目 ・ 2回目)		ロタワクチン接種歴	
	5価 (ロタテック)	(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)		1回目 (令和 年 月 日)	
				2回目 (令和 年 月 日)	
住所 浦添市				TEL - -	
(フリガナ) ()				男・女 保護者氏名	
お子さんの氏名				1回目の接種の場合、本日が出生14週6日後以前であることを確認しましたか。 また2回目・3回目の場合、前回より27日以上間隔があいていますか。	
生年月日 令和 年 月 日 (歳 カ月)				確認したら☑してください → <input type="checkbox"/>	

※14週6日後とは生まれてから15回目の同じ曜日の1日前のことです

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日の予防接種について、予診票の裏面や説明文を読み、効果や副作用について理解しましたか。	はい	いいえ	
2	腸重積症について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
3	お子さんの発育歴について教えてください。出生体重は何グラムでしたか。()g 分娩時や、出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありますか。	あった ある	なかった ない	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状 ()	はい	いいえ	
5	1ヵ月以内に病気にかかりましたか。病名 ()	はい	いいえ	
6	1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかせなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
7	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名/接種日 ()	はい	いいえ	
8	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	
9	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の接種ができないことがあります。	はい	いいえ	
10	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 () その病気をみてもらっている主治医には、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	
11	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()月()日頃 そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
12	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・食品名など ()	はい	いいえ	
13	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。予防接種名 ()	はい	いいえ	
14	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	いいえ	
15	近親者に先天性免疫不全と診断されている方や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。()			

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・接種するワクチンの有効性及び副作用(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。

医師の署名又は記名押印 _____

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用(特に腸重積症)の可能性及び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) どちらかを○で囲んでください。
また、本予診票が予防接種の安全性の確保を目的とされていることを理解した上で、市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

ワクチンの種類 ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	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)
ロタリックス (1価) 1.5mL <input type="checkbox"/>	ロタテック (5価) 2mL <input type="checkbox"/>	実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日	
※有効期限が切れていないか要確認			

浦添市

01-7000-00-0000-0
羅 ロタウイルス予診票