

轮状病毒感染症预防接种预诊单

此次轮状病毒疫苗接种是第几次？

(请在疫苗种类和次数上画○。)

罗特律【1价】(2次接种) 出生后6周0日起至出生后24周0日为止的期间内进行接种	第1次	第2次	
乐幼康【5价】(3次接种) 出生后6週0日起至出生后32周0日为止的期间内进行接种	第1次	第2次	第3次

不可在市内合作医疗机构以外使用。
粗线框内请全部填写，不要有遗漏。
接种当日请携带母子健康手册。

住 址	横滨市		电话
接受接种者姓名	(注音假名)	性别	生日
		男・女	年 月 日生 (出生后 周 日) 出生日的次日为第1日进行计算
家长姓名			当日体温 . 度

确 认 事 项	回 答 栏	医师填写栏
如果是第1次接种，本日是否为出生14周6日后？	是 否	
如果为第2次、第3次接种，与前次接种的疫苗是否相同？ 距离前次接种是否间隔27日以上？	疫苗名称 () 前次接种日期 () 是 否 是 否	
关于今日接受的预防接种，是否阅读了横滨市发放的说明书(“预防接种手册”等)？	是 否	
是否理解了今日将要接受的预防接种的效果和不良反应等？	是 否	
关于肠套叠症，是否接受了说明，并理解了？	是 否	
关于您的孩子的发育过程 进行询问 出生体重 ()g	分娩时是否存在异常？ 出生后是否出现异常？ 进行婴儿体检时是否被指出存在异常？ 是 否 是 否 是 否	
今日身体是否有不适之处？ 具体症状 ()	是 否	
最近1个月以内是否曾患病？ 疾病名称 ()	是 否	
1个月以内家人及玩伴之中是否有人患上麻疹、风疹、水痘、流行性腮腺炎等疾病？ 疾病名称 ()	是 否	
1个月以内是否接受过预防接种？ 预防接种的种类、接种日期 ()	是 否	
迄今为止是否患过肠套叠症？或者，是否有未完成治疗的先天性消化道障碍？ *此类情况下，不可实施轮状病毒疫苗接种。	是 否	
迄今为止是否曾被诊断患有免疫缺陷？或者，是否反复出现肺炎和中耳炎等感染症及痢疾， 以及体重增加状况是否不良？ *有时不可实施轮状病毒疫苗接种。	是 否	
此外，迄今为止是否曾患过他先天性异常、肠胃障碍、心脏・肾脏・肝脏・血液・脑神经及其他疾病？ 是否接受了医师的诊断？ 疾病名称 ()	是 否	
对该疾病进行诊断的医师是否同意接受今日的预防接种？	是 否	
是否发生过抽搐(痉挛)？ ()个月前后 当时是否曾发烧？	是 否 是 否	
是否曾因药物或食品而使皮肤出现发疹或寻麻疹，或者身体感觉不适？ 药物、食品名称 ()	是 否	
迄今为止是否曾因预防接种而造成身体感觉不适 预防接种名称 ()	是 否	
母亲在怀孕期间是否服用过抑制免疫的药物？ 药物名称 ()	是 否	
近亲之中是否有人被诊断为先天性免疫缺陷？	是 否	
近亲之中是否有人因接受预防接种而造成身体感觉不适？	是 否	
迄今为止是否接受过输血或γ球蛋白注射？	是 否	
关于今日的预防接种是否存在疑问？	是 否	

医师填写栏	诊察意见栏	诊察前体温 . 度	确认疫苗有效期 <input type="checkbox"/>	[医师签名或署名盖章]
	根据以上问诊及诊察的结果，判断今日的预防接种(可实施・应停止)。并且，对于家长，就预防接种的效果、不良反应(尤其是肠套叠症)的可能性及预防接种健康受害救济制度进行了说明。			

家长填写栏	接受了医师进行诊察和说明，就预防接种的效果、目的及严重不良反应(尤其是肠套叠症)的可能性、预防接种健康受害救济制度等进行理解的基础之上，(同意・不同意)进行接种。※在其中一项上画○ 本预诊票的目的在于确保预防接种的安全性。在理解这一点的基础之上，同意向横滨市提交本预诊票。	[家长亲笔签名]
-------	---	----------

使用疫苗名称	接 种 量	实施医疗机构・医师姓名・接种日期	
疫苗名称	经 口 接 种	实施医疗机构	
	罗特律® 1.5mL	乐幼康® 2.0mL	医师姓名 接种日期
Lot No.			年 月 日