

# 【大阪市 外国人住民向け予診票（参考様式）】

大阪市予防接種委託医療機関の皆様

外国人住民の方が、この予診票を持参された場合は、次の点に留意のうえ、接種いただいても差し支えありません。

- ・接種前に、大阪市予防接種手帳等に編綴された大阪市指定の予診票を所持していることを必ずご確認ください。（所持していない場合は接種できません）
  - ・接種後は、大阪市予防接種手帳等から該当する大阪市指定の予診票を必ず切り取り、本票とともに委託医療機関にて保管してください。
- また、大阪市指定の予診票、母子健康手帳双方に接種記録を記載し、接種者にお渡しください。

## Rotavirus Vaccine Screening Questionnaire

Parent/guardian: Please fill out the bolded fields.		Date	/ / (YYYY/MM/DD)
Address	Pre-exam temperature	degrees (include decimal)	
	Phone no.		
Child's name	M / F	Child's date of birth	/ / (YYYY/MM/DD)
Parent/guardian's name	Child's age		weeks days
	If this is the first vaccination, have you confirmed that the child is not older than 14 weeks and 6 days as of today?		Field for medical institution to enter (Mark a box)

Questionnaire	Answer			Doctor's comment
	1st	2nd	3rd	
1 Which vaccination will your child receive today?	1st	2nd	3rd	
2 Please write the date(s) of the vaccination(s) your child has received so far (answer only if this is your child's 2nd or 3rd vaccination). Note: Confirm that at least 27 days have passed since your child's last rotavirus vaccination.	1st / / (YYYY/MM/DD)	2nd / / (YYYY/MM/DD)		
3 Have you read the document provided by the municipal office explaining the vaccination that will be administered today?	Yes	No		
4 Do you understand the benefits and side effects of the vaccination that will be administered today?	Yes	No		
5 Were you provided with information concerning intussusception, and did you understand that information?	Yes	No		
6 The following questions concern your child's growth and development. Birth weight: g	Yes	No		
7 Were there any abnormalities at the time of delivery?	Yes	No		
8 Have there been any abnormalities after birth?	Yes	No		
9 Have any abnormalities been identified in an infant health exam?	Yes	No		
10 Is your child experiencing any illness or does your child feel unwell today? Please describe the symptoms:	Yes	No		
11 Has your child been sick within the last month? Name of illness:	Yes	No		
12 Has any family member or friend of the child had measles, rubella, chickenpox, or mumps in the past month? Name of illness:	Yes	No		
13 Has your child been vaccinated within the past month? Vaccine: Date: (YYYY/MM/DD)	Yes	No		
14 Has your child experienced intussusception before? Or does your child have an untreated congenital abnormality of the gastrointestinal tract? Note: If yes, your child cannot receive the rotavirus vaccine.	Yes	No		
15 Has your child been diagnosed with immunodeficiency? Or has your child experienced repeated diarrhea, repeated infections such as pneumonia or middle ear infections, or had difficulty gaining weight? Note: If yes, your child may not be able to receive the rotavirus vaccine.	Yes	No		
16 Does your child have a congenital anomaly; gastrointestinal disorder; heart, kidney, liver, blood, or central nervous system disease; or any other diseases for which you have consulted a doctor? Name of illness:	Yes	No		
17 If you answered yes to the previous question, have you been told by the doctor whom your child is seeing for that disease that your child may receive today's vaccination?	Yes	No		
18 Has your child had a seizure (spasm or fit) in the past? If so, at around how many months of age: months	Yes	No		
19 If you answered yes to the previous question, did your child have a fever at that time?	Yes	No		
20 Has your child ever had a rash or hives or become ill after eating certain foods or receiving certain medications? If you answered yes to the previous question, name of medication/food:	Yes	No		
21 To date, has your child ever felt ill after receiving a vaccination? If you answered yes to the previous question, name of vaccine:	Yes	No		
22 Did the mother take medication which suppresses the immune system while pregnant with the child? If you answered yes to the previous question, name of medication:	Yes	No		
23 Has a close relative of your child been diagnosed with a congenital immunodeficiency?	Yes	No		
24 Has a close relative of your child ever felt ill after receiving a vaccination?	Yes	No		
25 To date, has your child received a blood transfusion or been injected with gamma globulin?	Yes	No		
26 Do you have any questions about today's vaccination?	Yes	No		

Field for doctor to enter

Based on the above questionnaire and the results of the medical examination, I have decided that the child (can / should not) receive today's vaccination, I have explained to the parent/guardian the information concerning the benefits and side effects of vaccination (particularly intussusception) and the Relief System for Injury to Health with Vaccination.

Signature or name and seal of doctor:

Field for parent/guardian to enter

My child has been examined by and I have been provided with information by the doctor. I understand the benefits, objectives, possibility of serious side effects (particularly intussusception), and information concerning the Relief System for Injury to Health with Vaccination, and accordingly I (do / do not) give consent for my child to be vaccinated. \* Please circle your choice. I understand that the purpose of the questionnaire is to ensure the safety of vaccinations and I agree that this questionnaire can be submitted to the municipal office.

Signature of parent/guardian:

Vaccine used	Dosage		Place of vaccination/doctor's name/date of vaccination
	Oral vaccination	Place of vaccination:	
Vaccine name:	Oral vaccination	Place of vaccination:	
Lot no.:	RotaTeq® 2 ml	Rotarix® 1.5 ml	Doctor's name:
Warning: Confirm that expiration date of vaccine is valid	Date of vaccination: / / (YYYY/MM/DD)		

## ロタウイルス感染症予防接種予診票

住所	〒	接種年月日	令和 年 月 日
受ける人の氏名 (フリガナ)	男・女	診察前の体温	度 分
		電話番号	( ) -
保護者氏名	生年月日	令和 年 月 日	
		(出生 週 日後)	
1回目の場合、本日が出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか?			医師機関記入欄 (印を)

質問事項	回答欄			医師記入欄
	1回目	2回目	3回目	
1 今回の接種は何回目ですか。	1回目	2回目	3回目	
2 これまでの接種年月日を記載してください。(今回の接種が2回目以降の場合のみ) *前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認	1回目	年 月 日	年 月 日	
3 今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ		
4 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ		
5 腫重様症について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ		
6 お子さんの発育歴についておたずねしましたか。	はい	いいえ		
7 分娩時に異常はありましたか。	あった	なかった		
8 出生後に異常はありましたか。	あった	なかった		
9 乳児健診で異常と認められたことがありますか。	ある	ない		
10 今日体に具合の悪いところはありませんか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ		
11 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ( )	はい	いいえ		
12 1ヶ月以内に家族や遊び仲間、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。 病名 ( )	はい	いいえ		
13 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( ) 受けた日 ( )	はい	いいえ		
14 これまでに腸重様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。	はい	いいえ		
15 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実施できないことがあります。 その他、これまでに先天性異常、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気の、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	いいえ		
16 その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ		
17 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。( か月頃)	はい	いいえ		
18 その時に熱はありましたか。	はい	いいえ		
19 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。 薬・食品名 ( )	はい	いいえ		
20 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。 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ		
21 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		
22 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	いいえ		
23 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	いいえ		
24 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		
25 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ		

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(特に腫重様症)及び予防接種健康被害救済制度などについて説明しました。

医師署名又は記名押印

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応(特に腫重様症)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) ※かっ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、本予診票が市町村に提出されることについて同意します。

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	実施場所	
Lot No.	ロタテック® 2mL	医師名	
(注)有効期限が切れていないか確認	ロタリックス® 1.5mL	接種年月日	令和 年 月 日