

【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の副票、母子健康手帳双方に接種記録を記載し、被接種者にお渡しください。

轮状病毒感染症予防接種問卷

※监护人请在相应栏内填写。

接种日期	令和 年 月 日
接种前体温	度 分
电话	() - () - ()
出生日期	令和 年 月 日出生 (出生満 周 天) <small>*出生後2週間以内 胎動停止又は胎死後1週間以内の出生</small>
第1次時、是否确认了今天出生还未滿14周6天?	医疗机構填写栏 (初回)

提问項目	回答栏			医生意见栏
	第1次	第2次	第3次	
1 这是第几次接种?	第1次	第2次	第3次	
2 请填写迄今为止的接种日期。(仅限于非首次接种的情况)	第1次 年 月 日	第2次 年 月 日	第3次 年 月 日	
3 关于今天注射的疫苗,是否已阅读地方政府办公室发放的说明书?	是	否		
4 是否理解了今天的预防接种产生的效果或不良反应?	是	否		
5 是否接受了肠套叠症状相关的说明,并且对此有了理解?	是	否		
6 请回答关于儿童的以下问题。				
7 分娩过程中是否有异常?	有过	没有		
8 出生后是否有异常?	有过	没有		
9 在婴儿体检中是否发现过异常?	是	否		
10 今天是否身体不适?	是	否		
11 如果是,请描述具体症状。()				
12 最近1个月内是否曾患过疾病?	是	否		
13 疾病名称()				
14 最近1个月家庭内或玩伴中是否有患麻疹、风疹、水痘、腮腺炎的人?	是	否		
15 疾病名称()				
16 最近1个月内是否接种过疫苗?	是	否		
17 疫苗名称() 接种日期()				
18 以前是否曾患过肠套叠症状?或者有未治愈的先天性消化道畸形?	是	否		
19 *如果患,就不能接种轮状病毒疫苗。				
20 以前是否曾被诊断过免疫缺陷?或者反复患过肺炎、中耳炎等感染症或腹泻,或者出现过体重增加异常?	是	否		
21 *可能无法接种轮状病毒疫苗。				
22 以前是否曾患过先天性异常,以及肠胃疾病、心脏、肾脏、肝脏、血液、脑神经等疾病,并且接受了医生诊断?	是	否		
23 疾病名称()				
24 治疗上述疾病的医生是否同意今天的接种(如适用)?	是	否		
25 过去是否有过敏史(阵发性痉挛或者惊厥)?如果有,那么是何时?(个月前)	是	否		
26 当时是否发烧?	是	否		
27 是否曾因药物或食物出现皮疹(荨麻疹或者风疹),或出现身体不适状况?	是	否		
28 药物或食品名称()				
29 过去是否曾对某种疫苗产生过严重反应?	是	否		
30 疫苗名称()				
31 母亲怀孕期间是否服用过抑制免疫力的药物?	是	否		
32 药物名称()				
33 近亲中是否有患先天性免疫缺陷病的人?	是	否		
34 近亲中是否有曾对某种疫苗产生过严重反应的人?	是	否		
35 过去是否曾接受输血,或者注射一种叫做丙种球蛋白的药物?	是	否		
36 您今天的注射是否有任何疑问?	是	否		

医生意见栏

根据上述回答和诊断结果,判断今天的疫苗接种(可以实施/暂停实施)。
已向监护人解释了接种疫苗的作用和副作用(尤其肠套叠症状),以及预防接种健康被害救济制度(对接种出现相关不良反应的人所提供的救助制度)。
医生签名或者盖章处:

监护人填写栏

通过接受医生的诊断和说明,对接种疫苗的作用、目的和严重的副作用(尤其肠套叠症状),以及对预防接种健康被害救济制度等理解的基础上,(同意/不同意)接种疫苗。请在括号中的选项上画圈。
此问卷用于提高接种疫苗的安全性。理解上述声明并同意将此问卷提交给地方政府办公室。
监护人签名:

疫苗名称	剂量	实施机构・医生姓名・接种日期
疫苗名称	接种	实施机构
Lot No.	RotaTeq® 2mL	医生姓名
(注) 确认疫苗的有效日期是否过期。	Rotarix® 1.5mL	接种日期 令和 年 月 日

ロタウイルス感染症予防接種予診票

※接種者の方は本枠内を記入してください。

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
保護者氏名	男・女	電話番号	() - () - ()
		生年月日	令和 年 月 日 (出生 週 日後) <small>【出生:満年齢】と【生年月日の欄】を1目として算出した日をもあわせます。</small>
1回目の場合、本日出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか?			医療機関記入欄 (印)

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)	1回目 年 月 日	2回目 年 月 日	3回目 年 月 日	
3 *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	はい	いいえ		
4 今日の前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		
5 今日の前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		
6 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		
7 お子さんの免疫歴についておたずねします。				
8 出生時体重	あった	なかった		
9 分娩時に異常はありましたか。	あった	なかった		
10 出生後に異常はありましたか。	ある	ない		
11 乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	はい	いいえ		
12 今日体に具合の悪いところはありますか。	はい	いいえ		
13 具体的な症状を書いてください。()				
14 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ		
15 病名()				
16 1ヶ月以内に家族や遊び仲間、近しい人、水痘、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。	はい	いいえ		
17 病名()				
18 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ		
19 予防接種の種類() 受けた日()				
20 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。	はい	いいえ		
21 *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。				
22 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、体重の増えがな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。	はい	いいえ		
23 その他、これまでに先天性異常、腎臓障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気が、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		
24 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		
25 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		
26 その時に熱はありましたか。	はい	いいえ		
27 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りしたことがありますか。	はい	いいえ		
28 薬・食品名()				
29 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せんか。	はい	いいえ		
30 予防接種の種類()				
31 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。	はい	いいえ		
32 薬剤名()				
33 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		
34 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		
35 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		
36 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(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救济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(特に腸重積症)の可能性、予防接種健康被害救济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要確認	ロタリックス® 1.5mL	接種年月日 令和 年 月 日