

【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纂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。

ロタウイルス感染症 예방접종 예진표

*보유자는 귀인 선 안을 기재해 주시기 바랍니다.		접종연월일		년	월	일
주소 (우)	주 소	진찰 진료은		도	부	
		전화번호		()	-	
피접종자 이름 (이름 후리가나)	남 · 여	생년월일		년	월	일
보호자 이름		(생후 주 일 주)				
		(생후 주 일 주)				
		1차 접종인 경우, 오늘이 생후 14주 6일 후가 지나지 않은 것을 확인 하였습니다가?		의료기관 기재한 (표시)		

확인 사항	확인			의사 기재란
	1차	2차	3차	
1 이번 접종은 몇 회차 접종입니까?	1차	2차	3차	
2 지금까지의 접종연월일을 적어주세요. (이번 접종이 2차 이후인 경우에만)	1차	년	월	일
*성인 로타바이러스 백신 접종으로부터 27일 이상 간격을 둔 것을 확인	2차	년	월	일
3 예방접종에 관해서 시정촌에서 배부하고 있는 설명서를 읽으셨습니까?	예	아니오		
4 예방접종의 효과와 부작용 등을 이해하십니까?	예	아니오		
5 장중접종에 관한 설명을 듣고 이해하십니까?	예	아니오		
6 자녀분의 발육 상황에 관하여 질문하였습니다. 출생 시 체중				g
7 분만 시 특이사항이 있었습니까?	있었다	없었다		
8 출생 후 특이사항이 있었습니까?	있었다	없었다		
9 신생아 건강검진에서 특이사항이 있었습니까?	있다	없다		
10 현재 아픈 곳이 있습니까? 구체적인 증상을 적어주세요. ()	예	아니오		
11 최근 1개월 이내에 병에 걸린 적이 있습니까? 병명()	예	아니오		
12 1개월 이내에 가족이나 친구가 홍역, 풍진, 수두, 볼거리 등의 병에 걸린 사람이 있었습니까? 병명()	예	아니오		
13 1개월 이내에 예방접종을 받았습니까? 예방접종의 종류() 접종일()	예	아니오		
14 지금까지 장중접종에 걸린 적이 있습니까? 또는, 치료가 끝나지 않은 선천성 소화관 장애가 있습니까? *이 경우 로타바이러스 백신 접종을 받을 수 없습니다.	예	아니오		
15 지금까지 면역부전이라 진단받은 일이 있습니까? 또는, 폐렴이나 중이염 등의 감염증, 설사를 반복하거나, 체중 증가가 더디거나 한 적이 있습니까? *로타바이러스 백신 접종을 받지 못할 수 있습니다.	예	아니오		
16 그 밖에 지금까지 선천성 이상, 심장장애, 심장질환, 신경질환, 간장질환, 혈액질환, 뇌신경 질환, 기타 질환으로 의사의 진찰을 받고 있습니까? 병명()	예	아니오		
17 상기 질환을 진찰하는 의사가 오늘 예방접종에 동의하십니까?	예	아니오		
18 경중(경련)을 일으킨 적이 있습니까? (개월 경)	예	아니오		
19 그 때, 열이 났습니까?	예	아니오		
20 약이나 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기가 나타나거나 아픈 적이 있습니까? 약 · 식품명()	예	아니오		
21 지금까지 예방접종을 받고 이상 증상이 나타난 적이 있습니까? 예방접종의 종류()	예	아니오		
22 어머니가 임신 중에 연역을 억제하는 약을 투약받은 적이 있습니까? 약제명()	예	아니오		
23 가족이나 친지 중 선천성 면역부전이라 진단받은 사람이 있습니까?	예	아니오		
24 가족이나 친지 중 예방접종을 받고 이상 증상이 나타난 사람이 있습니까?	예	아니오		
25 지금까지 수혈 혹은 감마 글로블린 주사 받은 적이 있습니까?	예	아니오		
26 오늘 실시하는 예방접종에 대한 질문이 있습니까?	예	아니오		

의사 기재란

25 이상 문진 및 진찰 결과, 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 보류하는 편이 좋다)고 판단합니다. 보호자에게 예방접종의 효과, 부작용(특히 장중접종) 및 예방접종 건강피해구제제 등에 대해서 설명했습니다.

의사 서명 또는 기명날인

보호자 기재란

26 의사의 진찰 및 설명을 듣고, 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용(특히 장중접종)의 가능성, 예방접종 건강피해구제제 등에 대해서 이해했으며, 접종을 받는 것에 (동의합니다 / 동의하지 않습니다.) *팔호 안의 원하는 항목에 ○로 표시하십시오. 이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 이 취지를 이해했으며, 이 예진표가 시정촌에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 자필 서명

사용 백신명	접종량	접종 장소 · 의사명 · 접종연월일
백신명 Lot No. (주) 유효기간 경과 여부를 반드시 확인	접종 장소	
	경구 접종	의사명
	로타텍* 2mL	로타릭스* 1.5mL 접종연월일
		년 월 일

로타바이러스感染症予防接種予診票

*保護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
		電話番号	() -
保護者氏名		生年月日	令和 年 月 日 (出生 選 日後) <small>(出生(選)の日とは誕生日の日目として算出した日数をあらわします。)</small>

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?		医療機関記入欄 (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 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		
6 お子さんの発育歴についておたずねします。 出生時体重				g
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 乳児健診で異常があるとさ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がありますか。 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		
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することがありますか。*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		
16 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・脳神経の病気のほか、医師の診察を受けていますか。病名()	はい	いいえ		
17 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。 ひまつげ(けいれん)を起こしたことがありますか。(月 日頃)	はい	いいえ		
18 薬や食品で発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりすることがありますか。 薬・食品名()	はい	いいえ		
19 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。 予防接種の種類()	はい	いいえ		
20 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		
21 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		
22 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		
23 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		
24 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

25 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

26 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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	接種場所	
	経口接種	医師名
	ロタテック* 2mL	ロタリックス* 1.5mL 接種年月日 令和 年 月 日