

Screening Questionnaire for Rotavirus Vaccination

ロタウイルス感染症予防接種予診票

Please fill in the blank areas, and circle the appropriate answers with a ballpen. (Especially the blanks in bold frames.)

Application Date 申込年月日	20 Year Month Day
---------------------------	--------------------------

医療機関確認欄 For Official Use				
1回目		2回目		3回目
ロタリックス 30-1	ロタテック 31-1	ロタリックス 30-2	ロタテック 31-2	ロタテック 31-3
<input type="checkbox"/> 出生14週6日後を過ぎていないことを確認しましたか		<input type="checkbox"/> 前回接種の翌日から27日以上の間隔が空いていますか		
		<input type="checkbox"/> 前回と同じワクチンですか		

Body Temperature 診察前の体温	°C
-------------------------	----

Address 住所	Hamamatsu-shi			Telephone	
Furigana		Male 男	Date of Birth 生年月日	令和	Year Month Day
Name of the Child 受ける人の氏名		Female 女		Born (出生	week days ago (週 日後)
Parent/Guardian 保護者の氏名				Calculated from day after the delivery	

Questions	Answers	Doctor's Use 医師記入欄
Did you read and understand the explanation about the vaccination to be administered today? 今日受ける予防接種についての説明を読みましたか	No Yes	
Did you read and understand the explanation about intussusception (intestinal blockage)? 腸重積症について説明を受け、理解しましたか	No Yes	
We would like to ask about your child's development. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Weight at birth () g Were there any abnormalities during delivery? 分娩時に異常がありましたか Were there any abnormalities after delivery? 出生後に異常がありましたか Were you told of any abnormalities at the infant checkups? 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	Yes No Yes No Yes No	
Is your child unwell today? (Symptom:) 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	Yes No	
Has your child been sick the past month? (Illness:) 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	Yes No	
Have any family members or playmates contracted measles, rubella, chicken pox, mumps etc., in the past month? 最近1か月以内に、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方がいましたか Illness()	Yes No	
Has your child received a vaccination in the past month? (If yes, when was your last vaccination. Please circle the vaccine type below.) 最近1か月以内に、予防接種を受けましたか (受けた場合は最後に接種した年月日とワクチンの種類に○を記入してください) Vaccination Date: Year Month Day 接種年月日 HiB Pneumococcus Hepatitis B 4 Combined Japanese Encephalitis BCG Rotavirus Other () ヒブ 小児用肺炎球菌 B型肝炎 4種混合 日本脳炎 BCG ロタ その他	Yes No	
Has your child ever had intussusception before? Does your child have a congenital gastrointestinal disorder which has not been treated yet?	Yes No	
Has your child been diagnosed with immunodeficiency? Or has repetitively had infectious diseases such as pneumococcus, ear inflammation, diarrhea etc. and have trouble gaining weight? 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、体重増加がつかず Has your child been seeing a doctor about congenital abnormalities, stomach disorders, heart, kidney, liver, blood, cranial nerves, and other diseases? 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、その他病気にかかり、医師の診察を受けていますか Name of Disease ()	Yes No Yes No	
Have you told your doctor who is treating your child for the above disease that your child will be having this vaccination? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	No Yes	
Has your child ever had convulsions? () times a month ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () か月頃	Yes No	
Did the child have a fever at the time? そのときに熱が出ましたか	Yes No	
Has the child ever developed a skin rash or felt ill after taking any medicine or food? 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 Name of Medicine/Food ()	Yes No	
Has your child ever felt ill after receiving vaccinations? If yes, what type of vaccine? () 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()	Yes No	
Did the mother receive immunosuppressants during pregnancy? Name of drug () 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()	Yes No	
Has any close relative been diagnosed with congenital immunodeficiency? 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	Yes No	
Has any close relatives fallen ill after receiving a vaccination? 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	Yes No	
Do you have any questions about today's vaccination? 今日の予防接種について質問がありますか	Yes No	

医師の記入欄 Doctor's Use	According to the result, today's vaccination is: 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は	3 Possible 可能	2 Postponed 見合わせる	医師のサイン Doctor's Signature (注) ワクチンの種類・有効期限を要確認
	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について、説明をした。			

Having received the doctor's examination and explanation and having understood the aims and effects of this immunisation, the risk of severe side effects and the remedial measures for damage to health caused by vaccinations, do you consent the immunisation?	I consent 同意します	I do not consent 同意しません	Guardian's Signature 保護者目署
The purpose of this preliminary questionnaire is to ensure the safety of the vaccination. I am aware of that and agree with the submission of this questionnaire to Hamamatsu city.			

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名	(経口接種) ロタリックス 1.5mL	実施場所		
Lot No.	ロタテック 2.0mL	医師名		
(注) 有効期限が切れていないか要確認	該当欄に○	接種年月日(非接種判定日)	20 年 月 日	