

ロタウイルス感染症予防接種予診票 (1/2) 輪状病毒疫苗接种问诊表

家长/监护人必须填写办理住民登记时所登记的地址、姓名、性别及出生日期，并回答所有问题。
住民登録している住所、氏名、性別、生年月日、質問事項等を保護者の方が必ず記入してください。

住址 (住所)		联络电话/電話番号 ()	
受种者姓名 (受ける人の氏名)	出生日期 (生年月日)	出生后 () 周 () 天 (出生 日後) <small>注意: 出生后第二天算作出生后 1 天出生日期的翌日为出生后第1天 ※出生日の翌日を「1日」として算出した日</small>	家长/监护人姓名 (保護者の氏名)
性別 (性別) 男 / 女			

请在圈选本次接种疫苗的类型与剂次后确认并勾选 (✓) 下方的方框。(今回のワクチンの種類と回数をおで囲み、口欄を確認して✓をしてください)
第二剂次及第三剂次栏内需填写前次接种疫苗的日期。(2回目、3回目はこれまでの接種年月日を記入してください。)

必须接种同种类型的轮状病毒疫苗 (同じ種類のワクチンで接種を完了してください。)	问诊日期 (予診年月日)	年	月	日	体检前的体温 (診察前の体温)	℃
罗特律 (单价疫苗) (ロタリックス(1価)) 出生后6至24周 (生後6週から24週まで) 第一剂次 (1回目) <input type="checkbox"/> 于出生后14周6天以内接种疫苗 (出生14週6日後を過ぎていない)						
乐儿德 (五价疫苗) (ロタテック(5価)) 出生后6至32周 (生後6週から32週まで) 第一剂次 (1回目) <input type="checkbox"/> 于出生后14周6天以内接种疫苗 (出生14週6日後を過ぎていない)						

请圈选合适的答案并在括号内填写相关内容。次の質問事項に該当するものを○で囲んでください。()にはその内容を書いてください。

问题 (質問事項 (1/2))	答题栏 (回答欄)	医生意见 (医師記入欄)
您是否已阅读并理解有关本次疫苗接种的说明 (包括肠套叠等副作用)? (请参见第2页的《疫苗接种与儿童健康》。) 今日受ける予防接種について説明書を読み、理解しましたか。(腸重積症の副反応等)	是 否	
您的孩子 (受种者) 是否为广岛市民 (在广岛市办理好住民登记且已领取住民票的人士)? 接種を受ける人は広島市民ですか。(広島市に住民登録をしていますか。)	是 否	
以下问题与您孩子的成长与发育有关。 出生体重 () 公克 您在出生时是否曾出现过异常? 您在出生后是否曾出现过异常? 您是否曾在婴儿体检时被告知婴儿有异常? あなたのお子さんの发育歴についてお尋ねします。 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があると言われたことがありますか。	是 否 是 否 是 否	
您的孩子今天身体是否有哪里感到不适? 如果有, 请描述具体症状。 () 今日、体に具合の悪いところがありますか。「はい」の場合、具体的な症状を書いてください。	是 否	
您的孩子在过去一个月内是否生过病? 如果有, 请写下该疾病的名称。() 1か月以内に病気になるかかりましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。	是 否	
在过去一个月内, 您孩子的家人或玩伴中是否有人患过麻疹、风疹、水痘或流行性腮腺炎等疾病? 如果有, 请写下该病名称。() 1か月以内に家族や遊び仲間麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。「はい」の場合、病名を書いてください。	是 否	
您的孩子在过去一个月内是否接种过任何疫苗? 如果有, 请写下该疫苗的名称。() 1か月以内に予防接種を受けましたか。「はい」の場合、受けた予防接種を書いてください。	是 否	
您的孩子是否曾患有肠套叠或是尚未完成治疗的先天性胃肠道疾病? 如果有, 医生则不能为孩子接种轮状病毒疫苗。 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」の場合、ロタウイルスワクチンの接種は受けられません。	是 否	
您的孩子是否曾被诊断患有免疫缺陷, 反复感染肺炎、中耳炎或腹泻, 或是有过体重增长不良的经历? 如果有, 医生则可能无法为孩子接种轮状病毒疫苗。 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。※「はい」の場合、ロタウイルスワクチンの接種が受けられないことがあります。	是 否	
您的孩子从出生到现在是否曾患有先天性障碍, 或是心脏、肾脏、肝脏、神经系统、免疫缺陷等疾病而接受过治疗? 如果有, 请写下该病名称。() 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、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。「はい」の場合、病名を書いてください。	是 否	
负责诊治上述疾病的医生是否批准了您的孩子今天接种疫苗? その病気を診てもらっている医師に、本日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	是 否	
您的孩子有过惊厥的经历吗? 如果有, 是在几岁时发作的? () ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。「はい」の場合、何歳頃に起こしましたか。	是 否	
您的孩子当时是否发烧? その時、発熱をしましたか。	是 否	
您的孩子是否曾在食用某些食物或服用某些药物后出现皮疹或感到不适? 如果有, 请写下该食物或药物的名称。 () 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。「はい」の場合、薬や食品名を書いてください。	是 否	
孩子的近亲中是否有人在接种疫苗后感到不适? 如果有, 请写下该疫苗的名称。() 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。「はい」の場合、その予防接種の種類を書いてください。	是 否	

ロタウイルス感染症予防接種予診票 (2/2) 輪状病毒疫苗接种问诊表

問題 (質問事項 (2/2))	答題欄 (回答欄)		医生意見 (医師記入欄)
孩子的母亲是否曾在怀孕时服用过免疫抑制剂？如果有，请将写下该药物的名称。（ 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」の場合、その薬剤の名前を書いてください。）	是	否	
您的孩子是否有近亲被诊断患有先天性免疫缺陷？ 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。	是	否	
孩子的近亲中是否有人在接种疫苗后感到不适？ 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。	是	否	
在过去六个月内，您的孩子是否接受过输血或丙种球蛋白注射？（请参见下方说明。） 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	是	否	
您对今天的疫苗接种有疑问吗？ 今日の予防接種について質問がありますか。	是	否	

说明：丙种球蛋白是一种提取自血液的物质，可通过注射来预防感染如甲型肝炎等感染疾病或治疗重症感染。对于在过去3至6个月内接受过丙种球蛋白注射的受种者来说，接种其他疫苗，如麻疹疫苗等，可能不会有显著的功效。

※ ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

《疫苗接种与儿童健康》(説明書)



公益財団法人疫苗接种研究中心
(公財)予防接種リサーチセンター

医生专用 (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・見合わせたほうがよい）と判断します。

・接種を見合わせる理由（
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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

家长/监护人知情同意栏 (保護者記入欄)

本人已在受种者接受体检后听取了医生的说明，并在清楚了解疫苗接种的作用与目的，受种者在接种疫苗后可能出现严重副作用（尤其是肠套叠）的可能性以及有关疫苗伤害赔偿规划内容的情况下（同意 / 不同意）让医生为受种者接种疫苗。（请圈选同意或不同意。）

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）（←いずれかに○をしてください。）

本问诊表是为了确保受种者能够安全的接受疫苗接种而设。本人对此表示理解并同意将此表提交给广岛市政府。

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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

家长/监护人署名 (保護者自署)

使用ワクチン名	接種量		医療機関所在地・医療機関名・医師名・接種(予診)年月日			
ワクチン名	経口接種		医療機関所在地			
Lot No.	□タリック ス 1.5mL	□タテック 2mL	医療機関名 医師名			
(注)有効期限が切れていないか要確認			接種(予診)年月日 令和 年 月 日			

(注)予診のみの請求は、被接種者の体調により接種を見合わせる場合で、同日、保険診療を行っていないもののみ可能です。請求の際は、医療機関コードを用紙右上に記載してください。