

Questionnaire for Rotavirus vaccination(Rotarix) Chiba City

保護者の方は太線枠内を記入してください。

接種回数 No. of vaccination	←1回目は1、2回目は2を記入してください。 ※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てください。 ← Mark "1" for the first, "2" for the 2nd vaccinaion ※ In case of the first vaccination, make sure that today has not past 14 weeks and 6days after birth.	
住所 Address	千葉市 区	電話 Tel. - -
予防接種番号 Vaccination No.	実施日 ※医療機関記載欄 Date to be administered ※to be filled in by medical institution	
フリガナ (Name in Katakana)	性別 sex	西暦 2 0 年 月 日 year month date
氏名 Name	保護者氏名 Name of parent or Guardian	
生年月日 Date of Birth	西暦 年 月 日 Year month date	子の満年齢 Age of the child 歳 か月 years Months
(↑ 予防接種番号シールをはってください) (↑ Place the vaccination number sticker here)		診察前の体温 Body temperature before exam. 度 °C

※この用紙は機械で読み取りますので黒ボールペンで丁寧に書いてください。

質問事項 Questionnaire for Vaccination	回答欄 Answers	医師記入欄 Doctor's comment
これまでのロタウイルスワクチンの接種年月日を記入してください。(2回目以降の場合のみ記入) ※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上開いていることを確認。 Please write down the date of past Rotavirus vaccinations, if this is 2nd or later. ※ Please make sure if it has past more than 27 days since last vaccination. 前回のワクチンに○ (1回目ロタテック・ロタリックス) Please encircle the type of past vaccination. 1st (Rota Teq・Roarix) 2nd(Rota Teq・Rotarix)	1回目 年 月 日 1st vaccination : Date	
今日受ける予防接種について、千葉市から配られている説明書を読みましたか。 Have you read the document from Chiba City explaining about today's vaccination?	いいえ No はい Yes	
腸重積症について説明を受け、理解しましたか Have you been explained and understood about invagination ?	いいえ No はい Yes	
あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 Please answer following questions about the growth history of the child. 出生体重 ( ) g 分娩時に異常がありましたか Birth weight ( ) g Did the child have any abnomal conditions in the time of birthing ?	あった Yes なかった No	
出生後に異常がありましたか。 Did the child have any abnormalities after birth?	あった Yes なかった No	
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。 Were any abnormalities found in infant health checks?	ある Yes ない No	
今日体に具合の悪いところがありますか。 症状 ( ) Does the child have any poor conditions today? Symptoms ( )	はい Yes いいえ No	
1か月以内に病気にかかりましたか。 病名 ( 月 日 : ) Did the child become ill in the past month? (Name of disease and date. ) 病名 ( 月 日 : ) Name of disease( Date: Disease name )	はい Yes いいえ No	
1か月以内に、家族や遊び仲間にはしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ( 月 日 : ) Have any family members or friends of the child had measles, rubella, chicken pox or mumps in the past one month? Disease name (Date: Disease name )	はい Yes いいえ No	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察(投薬など)を受けていますか。 病名 ( ) Does the child have any congenital abnormalities, heart, kidney, liver, cranial nerve, immune deficiency, or any other diseases since birth? Have you consulted with any doctors on those diseases ? Name of disease ( )	はい Yes いいえ No	
その病菌主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 Did the doctors in charge of the above diseases agree to the child receiving today's vaccination ?	いいえ No はい Yes	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( か月頃 ) Had the child a convulsion or fit in the past? If so, around how many months old? ( )	はい Yes いいえ No	
そのとき熱がでましたか。 If you answered "yes" to the above, did the child have a temperature at the same time ?	はい Yes いいえ No	
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。 Has the child ever had a rash or hives on his skin, or become ill with medications or food ?	はい Yes いいえ No	

As this sheet is read by a machine, please write carefully with a black ball point pen.

予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名 ( )	ある	ない	
Has the child ever had a serious reaction to a vaccine in the past? Name of Vaccine ( )	Yes	No	
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	
Have any close relatives of the child had a serious reaction to a vaccine ?	Yes	No	
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	
Have any close relatives of the child been diagnosed as congenital immune deficiency?	Yes	No	
これまでにガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
Has the child been Injected gamma globulin till now?	Yes	No	
これまでに腸重積症になったことがありますか、。又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	
Has the child ever become invagination ? Or, does the child have a congenital digestive canal problem, which has not been completely cured ? Rotavirus vaccination cannot be made in those cases.	Yes	No	
これまでに免疫不全と診断されていますか。又は、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合います。	はい	いいえ	
Has the child ever been diagnosed Immune deficiency disease ? Doesn't the child repeat infectious diseases like pneumonia, otitis media, or diarrhea ? Or isn't his weight increase low ? ※There might be a case Rotavirus vaccination cannot be made .	Yes	No	
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	
Has the mother been dosed an immunosuppressant drug while pregnant ? Drug name	Yes	No	
今日の予防接種について質問がありますか。 ある場合 ( )	はい	いいえ	
Do you have any questions about today's vaccination? If yes, please describe. ( )	Yes	No	

メーカー名				実施医療機関名			Code			
Manufacturer				Name of Institution						
Lot No.										
有効期限	西暦	年	月	日						
Expiration date	Year	Month	date							
接種の適否	接種量			接種医師名(接種否の場合は判定医師)			Code			
Propriety of inoculation	Dosage			Doctor's Name. In case of "no", name of the Doctor who made the judgement						
1. 適 YES 2. 否 NO	5	2ml	経口摂取 Hypodermic injection							

**医師の記入欄**  
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応（特に腸重積）症および予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。  
 Doctor's column  
 I made explanation on the effectiveness of the vaccination, side reactions, especially on invagination, and about the inoculation health hazard relief system.

**医師署名或いは記名押印 (Signature or seal of the Doctor in charge)**

**保護者(または代理人)の記入欄** (※代理者が記入する場合は、別途「委任状」が必要です)  
 医師の検診・説明を受け、予防接種の効果・目的重篤な副反応の可能性、予防接種被害者救済制度などについて、理解したうえで、接種することに(同意します・同意しません)。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。同意しませんは接種できません。  
 この予防票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解のうえ 本予防票が千葉市に提出されることに同意します・

**保護者(または代理人)自署**  
 This column is to be filled in by parent/guardian or by the representative. (In case of a representative, a power of attorney is required separately.)  
 The child has received medical examination and I received the explanation by the doctor. I further received explanation about the effects, purpose, potential serious side effects of the vaccination and inoculation health relief system. Based on the above, I (Agree or Disagree) to the implementation of the Vaccine. (※ Please circle either of Agree or Disagree in the parenthesis.) In case of disagree, vaccination will not be made. Understanding that this questionnaire is to secure the safety

**Signature of parent/guardian or the representative.**

(注) 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カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が出ないことがあります

Remark ; Gramma Globulin is a blood product to be injected for prevention of infection diseases like Hepatitis A and for treatment of serious infection diseases. There are cases that vaccination of measles etc., may not e effective for those people who received Gamma Globulin injection in the past 3 to 6 months

ロタウイルス (Rtarix) 予防接種 (医療機関控用)

1 被接種者氏名 ( ) 生年月日 年 月 日

2 住所 千葉市 区

3 接種年月日 年 月 日 メーカー名 Lot No.

Record of Rotavirus vaccination.(Rotarix) (for records of Medical institution)

1. Name of the inoculated person: ( ) Date of Birth

2. Address : Manufacturer Lot No.

3. Date of inoculation : Manufacturer Lot No.