

B型肝炎 予防接種申込書及び予診票

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所に○をして詳細を記入し、裏面の欄に自筆で署名してください。

記入日：(令和 年 月 日)

今回の接種回数	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	診察前の体温	度 分
接種 間隔 の 確認	接種日・接種予定日を記載し、接種回数、接種間隔が定期接種の対象であることを十分確認してください。 ※必ず母子健康手帳の予防接種記録等を確認しながら、正確に記入してください。		
	1回目 (年 月 日) 2回目 (年 月 日) 3回目 (年 月 日) 27 日以上の間隔 1回目接種から 139 日以上の間隔		
本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。 はい ・ いいえ ➡ いいえの場合、接種券は使用できません。			
住の 民 住 登 録 所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号 ☎ (— —)		
受 け る 人	氏 名	フリガナ	男・女
	生年月日	令和 年 月 日生 (接種日現在： 歳 か月) ※1歳の誕生日の前日までが対象です	保護者の氏名 つれてきた人の氏名 (保護者と異なる場合)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日の予防接種について、神戸市から配付されている「予防接種と子どもの健康」や、ワクチンに関する説明リーフレットを読み、予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	は い	いいえ	
2. お子さんの発育歴についておたずねします。 出生時体重 () グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると言われたことがありますか。	な い	あ る	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ()	いいえ	は い	
4. (1) 最近1か月以内に、病気にかかりましたか。(いつ： 月 日) 病名 { 麻疹 (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜ、ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他 () } (2) 今、何か薬を飲んでいますか。 (3) 今、発疹など皮膚の病気がありますか。	いいえ いいえ いいえ	は い は い は い	
5. 1か月以内に家族や遊び仲間(周囲の人)に麻疹 (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。 病名 ()	いいえ	は い	
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 受けた日と予防接種の種類 ()	いいえ	は い	

7. 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 ()	いいえ	は い	
8. 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。(薬・食品名:)	いいえ	は い	
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか。 () 歳頃に () 回くらいおこした。 その時に熱は出ましたか。	いいえ いいえ	は い は い	
10. 今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、胃腸障害、血液の病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名 () かかったのは (年 月 日) 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。	いいえ は い	は い いいえ	
11. 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。	いいえ	は い	
12. 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。	いいえ	は い	
13. 6か月以内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。(注)	いいえ	は い	
14. 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。 ※ある場合は定期接種対象外です	な い	あ る	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	は い	

【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 **安 藤 淳**

【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**)。 ※かつ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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
B型肝炎 1回目・2回目・3回目 組換え沈降B型肝炎ワクチン 製造所名 Lot.No. 有効期限	皮下接種 0.25 ml	☐ 左上腕 ☐ 右上腕 ☐ その他 (部位)	実施場所 あんどウキッズクリニック 医師名 安 藤 淳 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

ロタウイルス 予防接種申込書及び予診票

記入日:(令和 年 月 日)

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所には○をして
詳細を記入し、裏面の欄に自筆で署名してください。

診察前の体温 度 分

本日、予防接種を受ける人は神戸市民ですか。 はい ・ いいえ ➡ いいえの場合、接種券は使用できません。

住 民 登 録 所	神戸市	区	町・通	丁目	番	号
	☎ (— —)					
受 け る 人	氏 名	フリガナ	男・女	保 護 者 の 氏 名		
	生年月日	令和 年 月 日生 (出生 週 日後)	つれてきた 人 の 氏 名 (保護者と異なる場合)		「出生〇週●日後」とは 出生日の翌日を1日として 算出した日をあらわします。	

質 問 事 項	回 答 欄			医師記入欄
1. 今回の接種は何回目ですか。(3回目はロタテックのみ)	1 回目	2 回目	3 回目	
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。 ※月齢が進むと、腸重積症にかかりやすくなります。初回接種を生後 15 週以降に受けることはお勧めしていません。	は い		いいえ	
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 (ロタリックス・ロタテック)		
	2 回目	年 月 日 (ロタテックのみ)		
3. 今日の予防接種について、神戸市から配付されている「予防接種と子どもの健康」や、 ワクチンに関する説明リーフレットを読み、予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	は い		いいえ	
4. 腸重積症について説明を受け、理解しましたか。(裏面下部参照)	は い		いいえ	
5. お子さまの発育歴についておたずねします。 出生時体重 () グラム 出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると言われたことがありますか。	な い		あ る	
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ()	いいえ		は い	
7. (1)最近1か月以内に、病気にかかりましたか。(いつ: 月 日) 病名 { 麻しん (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜ、 ヘルパンギーナ、手足口病、突発性発疹、その他 () }	いいえ		は い	
(2)今、何か薬を飲んでいますか。 (3)今、発疹など皮膚の病気がありますか。	いいえ いいえ		は い は い	
8. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん (はしか)、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の人はいましたか。病名 ()	いいえ		は い	
9. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 受けた日と予防接種の種類 () ※新型コロナワクチンの接種前後は、13 日以上の間隔をあける必要があります。(2週間後の同じ曜日から接種可)	いいえ		は い	
10. 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 ()	いいえ		は い	
11. 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できません。	いいえ		は い	

12. 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。 ※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。	いいえ	はい	
13. その他、これまでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、胃腸障害、血液の病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名 () かかったのは (年 月 日) 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。	いいえ	はい	
14. ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか。（ か月頃） その時に熱は出ましたか。	いいえ いいえ	はい はい	
15. 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。（薬・食品名： ）	いいえ	はい	
16. 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 ()	いいえ	はい	
17. 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。	いいえ	はい	
18. 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。	いいえ	はい	
19. 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。（注）	いいえ	はい	
20. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

（注）ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、川崎病や重症の感染症の治療に使用されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。

【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（特に腸重積症のリスクと対処）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 安 藤 淳

【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（特に腸重積症のリスクと対処）、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** ）。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。このことを理解の上、本予防票が神戸市に提出されることに同意します。

保護者自署

使用ワクチン名	接種量〔経口接種〕	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	ロタリックス 1.5mL (回目)	実施場所 あんどうキッズクリニック 医師名 安 藤 淳
Lot.No.	ロタテック 2.0mL (回目)	接種年月日 令和 年 月 日
有効期限		

ロタウイルスワクチンを接種される方へ ～腸重積症について～

・ロタウイルスワクチン接種後（特に初回接種後）1～2週間は、腸重積症のリスクが通常より高まると報告されています。腸重積症とは、腸の一部が隣接する腸管にはまり込む病気で、速やかな治療が必要です。ワクチンの接種にかかわらず、3か月～2歳くらいまでの乳幼児がかかりやすい病気です。

・次のような様子が一つでも見られるときは、医療機関を受診しましょう。接種した医療機関とは別の医療機関を受診する場合は、ロタウイルスワクチンを接種したことを医師に伝えてください。

＜腸重積症の主な症状＞

- 突然はげしく泣く ■嘔吐を繰り返す ■便に血が混ざる ■ぐったりして顔色が悪い
- 機嫌が良かったり不機嫌になったりを繰り返す