

ロタウイルスワクチン予防接種予診票

1価ワクチン(ロタリックス)：生後6週から生後24週まで
5価ワクチン(ロタテック)：生後6週から生後32週まで

| 《医療機関記入欄》 該当ワクチンと回数に○印をつけてください。 | | 1価(ロタリックス) | | 1回目・2回目 | | |
|---|---------|------------|------|------------------|--------------------|-------|
| | | 5価(ロタテック) | | 1回目・2回目・3回目 | | |
| 受ける人の住所 | 鹿児島市 | 丁目 | 番 | 号 | TEL() | |
| 受ける人の氏名 | フリガナ() | 男・女 | 生年月日 | 平成 年 月 日生 | (生後 週 日) | |
| 保護者の氏名 | | 診察前の体温 | | 度 分 | | |
| 質問事項 | | | | 回答欄 | | 医師記入欄 |
| 「ロタウイルスワクチン予防接種の注意事項」の説明書を読みましたか | | | | いいえ | はい | |
| お子さんの発育歴についておたずねします 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いわれたことがありますか | | | | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか 症状() | | | | はい | いいえ | |
| 今日、下痢をしていますか | | | | はい | いいえ | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか 月 日頃 病名() | | | | はい | いいえ | |
| 1か月以内に家族や遊び仲間にはしか(麻しん)、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) | | | | はい | いいえ | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 月 日 予防接種の種類() | | | | はい | いいえ | |
| 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、医師の診察を受けていますか 病名() | | | | はい | いいえ | |
| 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言われましたか | | | | いいえ | はい | |
| 生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、病気にかかる通常回復期間より長引くようなことがありましたか | | | | はい | いいえ | |
| ひきつけ(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 | |
| その時 熱が出ましたか | | | | はい | いいえ | |
| 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 薬品・食品名() 症状() | | | | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 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() | | | | ある | ない | |
| 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 | |
| 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 | | | | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか | | | | ある | ない | |
| 《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、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。 | | | | | | |
| 医師署名又は記名押印 | | | | | | |

| | | |
|---------|----------------|---|
| 使用ワクチン名 | 実施場所・医師名・接種年月日 | 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済等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)。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、本予診票が鹿児島市に提出されることに同意します。 |
| ワクチン名 | 実施場所 | |
| Lot No. | 医師名 | |
| 接種量 | 接種年月日 | |
| 経口接種 | ml 平成 年 月 日 | 保護者自署 |

ロタウイルスワクチン予防接種のお知らせ

鹿児島市は、ロタウイルスワクチンの予防接種に対して、接種費用の一部助成を行っております。

1. ロタウイルス感染症とは

ロタウイルス感染症は、ロタウイルスによって引き起こされる急性の感染症で、乳幼児に多く発症します。主な症状は、嘔吐、白っぽい水のような下痢、発熱等で、回復には1週間ほどかかります。ほとんどの場合は特に治療を行わなくても回復しますが、時に脱水、肝機能異常、腎不全、脳炎・脳症等を合併することもあり、症状が重く脱水が強い場合には入院が必要となることもあります。

日本でのロタウイルス感染症の発症は冬から春に多く、ピークは3月から5月頃となっております。

生後3か月までは、母親からもらった免疫によって感染しても症状が出ないか、症状があっても軽くて済みますが、生後3か月以降に初めて感染すると重症化しやすくなります。

2. 対象ワクチン、接種回数、接種間隔など

対象ワクチンは2種類あり、対象週数や接種回数等が異なりますが、ワクチンの効果に差はありません。取り扱っているワクチンは医療機関によって異なります。

| ワクチン | 対象週数 | 接種回数 | 接種間隔 | 接種量 |
|----------------|------------|------|------|-------|
| 1価ワクチン（ロタリックス） | 生後6週～24週まで | 2回 | 4週以上 | 1.5ml |
| 5価ワクチン（ロタテック） | 生後6週～32週まで | 3回 | | 2.0ml |

※ 両ワクチンとも、初回接種は14週6日まで（15週未満）に接種してください。それ以降に接種を開始すると、腸重積発症のリスクが高まるとの報告があります。

3. 接種方法

経口接種（飲むワクチンです。）

*一度飲んだワクチンを吐き出さないために、接種直前（30分以内）には授乳を控えましょう。

4. 効果

ロタウイルス感染症の重症化、合併症の防止

5. ロタウイルスワクチンの主な副反応

| ワクチン | 副反応 |
|----------------|---|
| 1価ワクチン（ロタリックス） | 易刺激性（7.3%）、下痢（3.5%）、咳嗽／鼻漏（3.3%）、腸重積症（頻度不明）など |
| 5価ワクチン（ロタテック） | 下痢（5.5%）、嘔吐（4.2%）、胃腸炎（3.2%）、発熱（1.3%）、腸重積症（頻度不明）など |

6. 助成額及び接種料金

| ワクチン | 1回当たり助成額 | 接種料金 |
|----------------|----------|------------------------------------|
| 1価ワクチン（ロタリックス） | 6,000円 | 医療機関の設定した費用から助成額を差し引いた金額をお支払いください。 |
| 5価ワクチン（ロタテック） | 4,000円 | |

7. 「予診票」の取扱い

予防接種を受ける時は、「予診票」の太線内を記入してください。複写になっていきますので、2枚を1セットとしてお使いいただき、2枚とも医療機関へ提出してください。

8. 注意事項

- 2回目以降は、初回で使用したワクチンを接種する必要があるので、接種の予約をする際にワクチンの種類（1価か5価）を医療機関にご確認ください。
- 対象週数を超過していると接種することはできません。
- 予診票の右上の「診察前の体温」は、医療機関で測った体温を記入してください。ただし、受けるその日のお子さんの健康状態の確認のため、外出前にも測ってください。
- 予診票の保護者自署は、医師の予診が終わった後、予防接種の前に記入してください。
- ウラ面に予防接種を受けるための一般的な注意事項等が記載されていますので、事前によく読んでおいてください。
- 鹿児島市民でない方は、住民登録をしている市町村にお問い合わせください。