로타바이러스 백신(로타텍® 내복액)의 예방접종을 희망하시는 분께
ロタウイルスワクチン (ロタテック®内用液) の接種を希望される方へ

예방접종과 관련하여 접종 받는 분의 건강상태를 자세히 파악할 필요가 있습니다.
따라서 예진표에는 최대한 자세히 기입해 주시기 바랍니다.
또한 아래에 기재된 로타바이러스 백신(로타텍® 내복액)에 관한 정보를 반드시 숙지해 주시기 바랍니다. 로타바이러스 백신의 필요성과 부반응에 대하여 명확하지 않은 점이 있으시면 예방접종을 받기 전에 의사에게 상담해 주십시오.
予防接種を実施するにあたって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。
そのため、予診票にはできるだけ詳しくご記入ください。
また以下のロタウイルスワクチン (ロタテック® 内用液) に関する情報を必ずお読みください。ロタウイルス ワクチンの必要性や副反応について不明な点がある場合は、接種を受ける前に医師に相談してください。

○ 로타바이러스 위장염에 대하여
○ ロタウイルス胃腸炎について

- 로타바이러스는 영유아에게서 볼 수 있는 위장염의 주요 원인 중 하나로 5 세 이하 영유아 대부분이 감염되는 것으로 알려져 있습니다만 최근에는 5 세 이상 어린이의 감염 비율도 증가하고 있습니다.
- 감염력이 강하며, 손을 씻는 등의 일반적인 방법으로는 예방이 어렵다고 알려져 있습니다.
- 로타바이러스 위장염은 격렬한 구토, 설사를 반복하며 발열을 동반하는 경우도 많고 증상이 일주일 전후로 계속되는 경향이 있습니다. 증상이 심각해질 경우 입원하는 경우도 있으며 또 드물게 경련이나 뇌염, 뇌증을 일으키는 경우도 있습니다. 본인뿐만 아니라 가족의 부담도 커지는 질환입니다.
- 로타바이러스는 많은 형(종류)이 존재하며, 해마다 유행하는 종류가 다릅니다. 한 번 감염되어도 그 후 다른 형으로 반복하여 감염될 경우가 있습니다.
- ロタウイルスは乳幼児にみられる胃腸炎の主な原因のひとつで、5 歳までにほとんどの子どもが感染すると言われていますが、最近では 5 歳以上の年長児が罹患する割合も増えてきています。
- その感染力は強く、一般的な手洗いなどでは予防が難しいと言われています。
- ロタウイルス胃腸炎は激しい嘔吐・下痢を繰り返し、発熱を伴うことも多く 1 週間前後続く傾向があります。重症化すると入院することもあり、また、まれにけいれんや脳炎・脳症を引き起こすことがあります。本人だけでなく家族の負担も大きい疾患です。
- ロタウイルスは多くの型 (種類) が存在し、年によって流行する型は異なります。一度感染しても、その後、別の型で感染を繰り返すことがあります。

○ 로타텍® 내복액의 개요 및 효과
○ ロタテック® 内用液の概要・効果

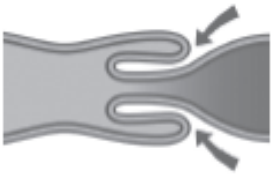
- 로타텍® 내복액은 다섯 종류의 바이러스 균주를 포함한 5 가 로타바이러스 백신입니다.
- 로타텍® 내복액은 생후 6 주※부터 32 주※의 영유아에게 3 회 경구로 접종하는(마시는) 달콤한 시럽형 백신입니다.
  ▶ 1 회차 예방접종은 생후 14 주 6 일 전까지 접종하도록 권장하고 있습니다.
  ▶ 2 회차, 3 회차는 각각 4 주 이상의 간격을 두고 32 주※까지 3 회의 예방접종을 실시합니다. 생후 32 주※가 지나면 접종할 수 없습니다
  ※생후 ○주 = 태어난 날로부터 세어 ○번째 같은 요일. 예)32 주는 생후 32 주의 0 일째(첫 날)를 말함.
- 로타텍® 내복액을 접종하면 설사, 구토, 발열을 동반한 로타바이러스 위장염에 대한 예방 효과가 기대됩니다. 또한 로타바이러스 위장염으로 인한 의료기관 이용(입원, 응급 외래, 외래 진료)을 억제하는 효과가 확인되었으며, 해외 시판 후의 임상 연구에서 7 세까지 예방 효과가 있는 것으로 나타났습니다. 다만 접종한 모든 사람에게서 로타바이러스 위장염이 발병하지 않는 것은 아닙니다.
- ロタテック® 内用液は 5 つの型 (種類) のウイルス株を含む 5 価ロタウイルスワクチンです。
- ロタテック® 内用液は生後 6 週齢※から 32 週齢※のお子さんに 3 回、経口で接種する (飲む) 甘いシロップ状のワクチンです。
  ▶ 初回接種は生後 14 週 6 日までに行うことが推奨されています。
  ▶ 2 回目、3 回目はそれぞれ 4 週以上の間隔をおいて、32 週齢※までに 3 回の接種を終了します。生後 32 週齢※を過ぎた場合は、接種できません。
  ※生後○週齢＝生まれた日から数えて○回目の同じ曜日のこと。例) 32 週齢は生後 32 週の 0 日目 (初日) を指す。

C Confidential

- ロタテック® 内用液の接種によって、下痢・嘔吐・発熱を伴うロタウイルス胃腸炎を予防することが期待されます。また、ロタウイルス胃腸炎に伴う医療機関の利用 (入院、救急外来、外来受診) を抑制する効果が確認されており、海外の市販後の臨床研究において 7 歳までの予防効果が示されています。なお、接種した全ての人がロタウイルス胃腸炎を発症しないわけではありません。

○ 로타텍® 내복액의 부작용에 대하여
○ ロタテック® 内用液の副作用について

- 일본에서 실시된 임상실험에서는 주로 설사(5.5%), 구토(4.2%), 위장염(3.4%), 발열(1.3%) 등의 부반응이 나타났습니다(예방접종 후 14 일간에서의 보고).
- 해외의 제조 및 판매 후 시험에서는 접종 후 21 일간(주로 7 일간)은 장중적증※ 발현 위험이 약간 증가할 가능성이 있다고 합니다.
  ※장중적증: 장의 일부가 장의 다른 부분으로 끼어들어가 길을 막아버리는 현상.
  로타바이러스 백신 접종 유무와 관계없이 주로 0 세 영아에 발병하는 질병입니다(일본에서는 0 세 영아 중 연간 약 1,000 명 발증). 주요 증상은 반복적으로 구토를 하거나 울거나 짜증을 내거나(복통으로 인해 심하게 울거나 짜증을 내지만, 통증의 있고 없음이 반복되기 때문에 증상이 없을 때도 있습니다) 축 늘어져서 기운이 없거나, 혈변(점액과 피가 섞인 듯한 변) 등이 있습니다.
- 国内で行われた臨床試験では、主に下痢 (5.5%)、嘔吐 (4.2%)、胃腸炎 (3.4%)、発熱 (1.3%) などの副反応がみられました (接種後 14 日間での報告)。
- 海外の製造販売後の調査では、接種後 21 日間 (主に 7 日間) はわずかに腸重積症 (ちょうじゅうせきしょう) ※の発現リスクが増加する可能性があるとされています。
  ※腸重積症：腸の一部が腸の他の部分に入り込み、腸が閉塞した状態。
  ロタウイルスワクチンの接種の有無にかかわらず、主に 0 歳のお子さんにかかることがある病気です (日本では 0 歳児で年間約 1000 人が発症)。主な症状は、嘔吐を繰り返す、泣いたり不機嫌になったりを繰り返す (お腹の痛みのため、激しく泣いたり、不機嫌になったりしますが、痛みが出たりおさまったりを繰り返すので、症状がないときもあります)、ぐったりとして元気がない、血便 (粘液と血が混じったような便) が出るなどです。



○ 다음 증상이 있는 분은 예방접종을 자제해 주십시오
○ 次の方は接種を受けないでください

1. 발열이 있는 분(보통은 37.5 도를 넘는 경우)
2. 중증 급성질환이 있는 분
3. 로타텍® 내복액의 성분(자세한 사항은 의사에게 문의해 주십시오.)에 의한 과민증(보통 예방접종 후 30 분 이내에 나타나는 호흡곤란증상이나 전신에 두드러기를 동반한 중증 알레르기반응 포함)을 일으킨 적이 있는 분
4. 장중적증을 일으킨 적이 있는 분
5. 장중적증의 발증을 높일 가능성이 있는 선천성 소화기 장애가 있고, 치료하지 않은 분
6. 중증 복합형 면역부전(SCID)이 있는 분
7. 그 외 담당의사한테 예방접종을 받지 말라고 지시를 받은 분

1. 明らかに発熱のある方 (通常は 37.5℃を超える場合)
2. 重い急性疾患にかかっていることが明らかな方
3. ロタテック® 内用液の成分 (詳しくは医師にお尋ねください) によって、過敏症 (通常接種後３０分以内に出現する呼吸困難や全身性のじんましんなどを伴う重いアレルギー反応を含む) を起こしたことがある方
4. 腸重積症を起こしたことのある方
5. 腸重積症の発症を高める可能性のある先天性の消化管障害があり、治療していない方
6. 重症複合型免疫不全 (SCID) を有する方
7. その他、かかりつけの医師に予防接種を受けないほうがよいと言われた方

[뒷면도 확인해주십시오]
[裏面もご覧ください]

C Confidential

○ 다음과 같은 증상이 있는 분은 예방접종 전에 의사에게 상담해 주십시오
○ 次の方は接種前に医師にご相談ください

1. 심장혈관계 질환, 신장 질환, 간 질환, 혈액 질환, 발육장애 등의 기초질환이 있는 분
2. 과거에 예방접종으로 인해 접종 후 2 일 이내에 발열이 나타난 분, 또한 전신 발진 등의 알레르기 의심 증상을 보인 분
3. 과거 경련을 일으킨 적이 있는 분
4. 면역기능 이상 질환이 있는 분, 또한 그러한 위험성이 있는 분, 면역억제를 초래하는 치료를 받고 있는 분, 가족이나 친척 중에 선천성 면역결핍증 질환자가 있는 분
5. 위장장애(활동성 위장질환, 만성설사)가 있는 분

1. 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害などの基礎疾患のある方
2. 過去に予防接種で接種後 2 日以内に発熱のみられた方、また全身性発疹などのアレルギーを疑う症状のみられた方
3. 過去にけいれんを起こしたことのある方
4. 免疫機能に異常のある疾患のある方、またそのおそれがある方、免疫抑制をきたす治療を受けている方、近親者に先天性免疫不全症患者がいる方
5. 胃腸障害 (活動性胃腸疾患、慢性下痢) がある方

○ 로타텍® 내복액 예방접종 후의 주의점
○ ロタテック® 内用液接種後の注意点

1. 중증 알레르기 증상이 일어날 수도 있으므로 예방접종 후 적어도 30 분간은 안정을 취해 주십시오.
2. 예방접종 후에 몸 상태의 변화나 이상증상이 보일 경우 신속하게 의사의 진찰을 받아 주십시오. 예방접종 후에 설사, 구토, 위장염, 발열 등의 부반응이 나타날 수도 있습니다.
3. 예방접종 후에 장중적증으로 의심되는 증상 “반복적인 구토”, “반복적으로 울거나 짜증을 냄”, “축 늘어져서 기운이 없음”, 혈변(점액과 피가 섞인 듯한 변) 중 하나라도 발생한 경우 장중적증의 가능성이 있습니다. 평소와 다른 모습을 보일 경우 신속하게 의사의 진찰을 받아 주십시오. 해외의 제조 및 판매 후 시험에서는 예방접종 후 21 일간(주로 7 일간)은 장중적증의 발현 위험이 약간 증가할 가능성이 있다고 합니다. 이 기간에는 특히 주의해 주십시오.
   장중적증은 발증 후 시간이 경과(12 시간 이상)될수록 폐색된 부분의 장이 괴사되어 외과 수술을 받아야 할 가능성이 높아지므로 가정에서 상태를 보고 증상이 오래 가지 않도록 주의해 주십시오. 장중적증으로 다른 의료기관에서 진찰을 받은 경우에도 접종을 받은 의료기관에 알려 주십시오.
4. 예방접종 당일은 과도한 운동을 피해 주십시오.
5. 예방접종 당일 입욕은 지장이 없습니다.
6. 예방접종 전 및 접종 후에 모유를 포함한 고형식 및 유동식에 관한 제한은 없습니다.
7. 예방접종 후 바이러스가 대변 등을 통해 가족이나 주변 분들에게 감염되는 경우도 있습니다. 기저귀를 교환한 후에는 손을 씻는 등 주의해 주십시오. 또한 다음과 같이 면역력이 저하된 사람(악성종양환자 또는 면역장애가 있는 분, 면역억제요법을 받고 있는 분)과 밀접하게 접촉할 경우에는 주의해 주십시오.
8. 로타텍® 내복액을 접종한 직후에 토하면 이번 회에 추가로 접종할 필요는 없습니다. 미국 예방접종 자문위원회(ACIP)에서는 추가 접종에 관한 데이터가 없어 토한 경우에는 추가 접종을 받지 않아야 한다고 하였습니다. 일본 및 해외의 임상시험에서는 토했을 때 추가 접종을 하지 않는 시험 방법으로 유효성과 안전성을 확인하였습니다.

1. 重いアレルギー症状が起こることもありますので、接種後少なくとも 30 分間は安静にしてください。
2. 接種後に体調の変化や異常な症状がみられた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。接種後に、下痢、嘔吐、胃腸炎、発熱などの副反応がみられることがあります。
3. 接種後に腸重積症と思われる症状“嘔吐を繰り返す”“泣いたり不機嫌になったりを繰り返す”“ぐったりして元気がない”“血便 (粘液と血が混じったような便) が出る”が一つでも見られた場合は腸重積症の可能性があります。普段とかわった様子があれば、速やかに医師の診察を受けて下さい。海外の製造販売後の調査では接種後 21 日間 (主に 7 日間) はわずかに腸重積症の発現リスクが増加する可能性があるとされています。この期間はとくに注意してください。
   腸重積症は発症から時間が経過する (12 時間を超える) ほど、閉塞した部分の腸が壊死して外科手術が必要になる可能性が高まるため、家庭で様子をみて症状を長引かせないようご注意ください。腸重積症で他の医療機関を受診された場合でも、接種した医療機関までお知らせください。
4. 接種当日は過激な運動を避けてください。
5. 接種当日の入浴は差し支えありません。
6. 接種前・接種後に母乳を含む固形食及び流動食に関する制限はありません。

C Confidential

7. 接種後に、ウイルスが便などを介して家族やまわりの方に感染することもあります。おむつを交換した後には手洗いをするなど注意してください。また、免疫力が低下した人 (悪性腫瘍患者または免疫障害のある人、免疫抑制療法を受けている人) と密接な接触がある場合には注意してください。
8. ロタテック® 内用液を接種した直後に吐き出した場合、その回の追加接種は必要ありません。米国予防接種諮問委員会 (ACIP) では、追加接種に関するデータが無いことから、吐き出した場合に追加接種すべきではないと提言しています。
   日本および海外の臨床試験では、吐き出した際に追加接種しないという試験方法にて、有効性と安全性が確認されています。

다른 백신의 접종에 대하여
他のワクチンの接種について

1. 다른 백신과 동시 접종을 원하는 경우에는 의사에게 상담해 주십시오.
2. 다른 로타바이러스 백신과의 호환성에 관한 데이터가 없기 때문에 다른 로타바이러스 백신과 번갈아 접종하지 마십시오.

1. 他のワクチンとの同時接種を希望する場合には、医師にご相談ください。
2. 他のロタウイルスワクチンとの互換性に関するデータはないため、他のロタウイルスワクチンと交互に接種しないでください。

접종예정일 **接種予定日**	월 일 ( ) 시 분쯤 月 日 ( ) 時 分頃	**의료기관명** **医療機関名**	

[참고]]
［参考］
로타바이러스 백신의 예방접종으로 인해 건강상의 피해가 발생한 경우에는 [의약품 부작용 피해구제제도]로 치료비 등을 받을 수 있는 경우가 있습니다. 자세한 사항은 독립행정법인 의약품 의료기기 종합기구의 홈페이지 등을 참조해 주십시오.
ロタウイルスワクチンの接種により健康被害が発生した場合には、「医薬品副作用被害救済制度」により治療費等を受け取れる場合があります。詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページ等をご覧ください。

[의약품 부작용 피해 구제 제도]
［医薬品副作用被害救済制度］
의약품을 적정히 사용했음에도 불구하고 부작용으로 인해 입원치료가 필요한 정도의 질병이나 장애 등 건강에 피해를 입은 분을 구제하기 위하여 의료비, 의료수당, 장애연금 등을 지급하는 제도입니다. 구제금 수급 시에는 의사의 진단서나 투약증명서 등이 필요하며, 구제금 수급 청구와 관련하여 먼저 의약품 의료기기 종합기구에 상담해 주십시오.
医薬品を適正に使用したにもかかわらず、副作用により入院治療が必要な程度の疾病や障害等の健康被害を受けた方の救済を図るため、医療費、医療手当、障害年金などの給付を行う制度です。その際に、医師の診断書や投薬証明書などが必要となります。
救済給付の請求については、まずは医薬品医療機器総合機構にご相談ください。

독립행정법인 의약품 의료기기 종합기구
의약품 부작용 피해 구제제도 상담창구
https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html
전화: 0120-149-931(무료)
独立行政法人 医薬品医療機器総合機構
医薬品副作用被害救済制度相談窓口
https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html
電話：0120-149-931 (フリーダイヤル)

C Confidential

韓国語

임의 접종용/任意接種用

로타바이러스 백신(로타텍® 내복액) 예방접종 예진표(임의 접종용)
ロタウイルスワクチン (ロタテック® 内用液) 予防接種予診票 (任意接種用)

의료기관 기입란 医療機関記入欄	접종 횟수 接種回数	1 회 차 · 2 회 차 · 3 회 차 (口전 회차로타텍® 내복액 접종 여부 확인) 1 回目 · 2 回目 · 3 回目 (口前回はロタテック® 内用液を接種したか確認)	생후 주차 生後週数	생후 주 일 生後 週 日

보호자 분께: 굵은 테두리 [ ] 부분을 빠짐없이 기입하십시오
保護者の方へ：太枠内 [ ] の箇所にもれなくご記入ください

진찰전 체온 診察前体温			도 분 度 分	
접종자 성명 受ける人の氏名	(읽는 방법) (フリガナ)	**남 · 여 男 · 女**	**생년월일 生年月日**	서기 년 월 일생 西暦 年 月 日生 (출생 주 일 후) '출생 ○주 ●일 후'란 출생 일의 다음 날을 1 일로 하여 산출한 날을 의미합니다. (出生 週 日後) 「出生○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
보호자 성명 保護者氏名			**전화번호 電話番号**	( ) -
주소 住所	〒			

1 회째의 경우, 오늘이 출생 14 주 6 일 후를 지나지 않은 것을 확인했습니까? 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？	의료기관 기입란 (☑표시) 医療機関記入欄 (☑を)
	☐

질문사항 質問事項	응답란 回答欄	의사기입란 医師記入欄
이번 접종은 몇 회째입니까? 今回の接種は何回目ですか	1 회 차 1 回目 / 2 회 차 2 回目 / 3 회 차 3 回目	
지금까지의 접종 연월일을 기재해 주십시오. (이번 접종이 2 회째 이후의 경우만) *전 회의 로타바이러스 백신(로타텍® 내복액) 접종 후 27 일 이상 지났는지 확인 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 (ロタテック®内用液) 接種から 27 日以上の間隔が空いていることを確認	1 회 차 1 回目 년 年 월 月 일 생 日 2 회 차 2 回目 년 年 월 月 일 생 日	
장중적증에 대해서 설명을 듣고, 이해했습니까? 腸重積症について説明を受け、理解しましたか	아니오 いいえ / 네 はい	
오늘 접종받는 예방접종에 대한 설명문 '로타바이러스 백신(로타텍® 내복액) 접종을 희망하시는 분께'를 읽고 이해하셨습니까? 今日受ける予防接種について説明文 「ロタウイルスワクチン (ロタテック®内用液) の接種を希望される方へ」を読み、理解しましたか	아니오 いいえ / 네 はい	
자녀의 발육 상태에 대하여 여쭤보겠습니다. 출생시의 체중 あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生時の体重	( )g	
분만시 이상이 있었습니까? 分娩時に異常がありましたか	네 はい / 아니오 いいえ	
출생 후 이상이 있었습니까? 出生後に異常がありましたか	네 はい / 아니오 いいえ	
유아 검진에서 이상이 있다고 진단받은적이 있습니까? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	네 はい / 아니오 いいえ	
오늘 몸의 상태가 안좋은 곳이 있습니까? ○구체적인 증상 ( ) 今日、体に具合の悪いところがありますか ○具体的な症状 ( )	네 はい / 아니오 いいえ	
최근 1 개월 이내에 병에 걸렸었습니까? ○구체적인 질병명 ( ) 1 カ月以内に病気にかかりましたか ○具体的な病名 ( )	네 はい / 아니오 いいえ	
1 개월 이내에 가족이나 주변에 홍역, 풍진, 수두, 유행성 이하선염(볼거리) 등의 병에 걸린 분이 있었습니까? ○구체적인 병명 ( ) 1 カ月以内に家族や周囲にはしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか ○具体的な病名 ( )	네 はい / 아니오 いいえ	
4 주 이내에 예방 접종을 받았습니까? ○언제 ( ) ○예방접종 명 ( ) 4 週間以内に予防接種を受けましたか ○いつ ( ) ○予防接種名 ( )	네 はい / 아니오 いいえ	
지금까지 장중적증이 나타난 적이 있거나, 또는 치료를 완료하지 않은 선천성 소화관장애가 있습니까? * 이 경우, 로터바이러스 백신(로타텍® 내복액)의 접종은 실시할 수 없습니다. これまで腸重積症になったことがある、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 ＊この場合、ロタウイルスワクチン (ロタテック®内用液) の接種は実施できません	네 はい / 아니오 いいえ	
지금까지 면역부전으로 진단된 적이 있거나, 또는 폐렴이나 중이염 등의 감염증이나 설사가 반복되거나, 체중 증가가 원활하지 않았던 적이 있습니까? *로터바이러스 백신(로타텍® 내복액)의 접종을 실시할 수 없을 수도 있습니다. これまでに免疫不全と診断されたことがある、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 (ロタテック®内用液) の接種は実施できないことがあります	네 はい / 아니오 いいえ	
현재까지 특별한 질병(선천성 이상, 장중적증, 위장 장애, 심장·신장·간·혈액·뇌신경 관련 질병, 면역부전증, 기타 질병)에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? ○구체적인 병명 ( ) ○주치의에게서 오늘 예방접종을 허락 받으셨습니까? これまでに特別な病気 (先天性異常、腸重積症、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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 ○具体的な病名 ( ) ○主治医から今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	네 はい / 아니오 いいえ 네 はい / 아니오 いいえ	
현재까지 발열, 설사, 볼이나 혀에 흰 것이 생기는 증상을 반복하거나 감기가 낫지 않은 경험을 한 적이 있습니까? ○구체적인 증상 ( ) これまでに発熱、下痢、頬や舌に白っぽいものが出る症状を繰り返したり、なかなか風邪が治らないことを経験したことがありますか ○具体的な症状 ( )	네 はい / 아니오 いいえ	

C Confidential

경풍(경련)을 일으킨 적이 있습니까? ○언제 (　　) ○그 당시에 열은 났습니까? ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか ○いつごろ (　　) ○その時に熱は出ましたか	네 はい 네 はい	아니오 いいえ 아니오 いいえ	
약 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기가 나거나 몸 상태가 안좋아진 적이 있습니까? ○약·식품명 (　　) 薬や食品で皮膚に発しん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 (　　)	네 はい	아니오 いいえ	
가족이나 친척 중에 선천성 면역결핍증이라고 진단받은 분이 있습니까? 近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	네 はい	아니오 いいえ	
현재까지 예방접종을 받고 몸 상태가 안좋아진 적이 있습니까? ○예방접종명 (　　) これまでに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 (　　)	네 はい	아니오 いいえ	
어머니가 임신 중에 면역을 억제하는 약을 투여 받았습니까? ○약제명 (　　) 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 (　　)	네 はい	아니오 いいえ	
가족이나 친척 중에 예방접종을 받고 몸 상태가 안좋아진 분이 있습니까? 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	네 はい	아니오 いいえ	
현재까지 수혈 혹은 감마글로불린 주사를 맞은 적이 있습니까? 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	네 はい	아니오 いいえ	
오늘의 예방접종에 대하여 질문이 있습니까? 今日の予防接種について質問がありますか	네 はい	아니오 いいえ	

의사기입란 / 医師記入欄

이상 문진 및 진찰 결과 금일 예방 접종을(실시 / 보류) 합니다.
보호자에게 예방접종의 목적, 효과, 부반응(특히 장중적증) 및 의약품의료기기종합기구법에 따른 구제에 대하여 설명하였습니다.
의사 서명 또는 기명 날인 〔　　〕
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。
保護者に対して、予防接種の目的、効果、副反応 (特に腸重積症) 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しました。
医師の署名または記名押印 〔　　〕

보호자기입란 / 保護者記入欄

의사의 진찰·설명을 받고 예방접종의 목적, 효과, 부반응 가능성(특히 장중적증)
및 의약품의료기기종합기구법에 따른 구제 등에 대하여 이해하였으며, 본 백신의 접종을 희망합니까? (네 / 아니오)
보호자 서명 [　　]
医師の診察・説明を受け、予防接種の目的、効果、副反応の可能性 (特に腸重積症)
及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、本ワクチンの接種を希望しますか （ はい ・ いいえ ）
保護者署名〔　　〕

사용 백신명 使用ワクチン名	접종량/방법 接種量・方法	실시 장소/의사명/접종 일자 実施場所・医師名・接種年月日
명칭: 5 가 경구 약독성 로타바이러스 백신 **로타텍® 내복액** 제조사명: MSD 주식회사 제조번호: 名称： 5 価経口弱毒生ロタウイルスワクチン **ロタテック®内用液** メーカー名：ＭＳＤ株式会社 製造番号：	2 mL 경구 접종 2 mL 経口接種	의료기관명: 의사명: 접종 일자: 년 월 일 医療機関名： 医師名： 接種年月日： 年 月 日

본 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 기입해 주신 개인정보는 예방접종에 관한 예진목적으로만 사용됩니다.
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。記入いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。

C Confidential