



▶ 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。

※生後〇週齢=生まれた日から数えて〇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。

- 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。

## ○ ロタテック® आन्तरिक प्रयोगको तरलताको प्रयोगले हुने असरको बारेमा

### ○ ロタテック® 内用液の副作用について

- देशभित्र गरिएको क्लिनिकल परिक्षण अनुसार, मुख्य रूपमा झाडा पखाला (५.५%), बान्ता (४.२%), ग्यास्त्रोएन्टेराइटिस (३.४%), ज्वरो (१.३%) आदि प्रयोगको क्रममा देखा परेका असरहरू हुन्। (खोप लिएको १४ दिनभित्रको नतिजा)।

- विदेशी पोस्ट-बजारीकरण अध्ययनहरू अनुसार, खोपपछिको 21 दिनको अवधिमा (प्राथमिक रूपमा 7 दिनको लागि) इन्टुस्सेप्शन\* हल्का उच्च हुन सक्नेछ।

\* इन्टुस्सेप्शन: आन्द्राको कुनै एक भाग अरु भागमा छिरेर आन्द्रा बन्द भएर अवरोध गयेको अवस्था।

रोटा भाइरस भ्याक्सिनको खोप लगाए पनि नलगाए पनि मुख्य तया 0 बर्षको शिशुहरूलाई लाग्न सकिने रोग हो (जापानमा 0 बर्षका शिशुहरूलाई प्रत्येक बर्ष लगभग १००० जनामा देखा परेको)। मुख्य लक्षणहरूमा बारम्बार बान्ता हुने, निरन्तर रुने, मुड अफ हुने (पेट धेरै दुख्नाले एकदम रुने, मुड अफ हेने गर्छ तर दुखाइ बढ्ने घट्ने बारम्बारको प्रक्रियाले शिथिल भएर लक्षणहरू कुनै बेला हराउने पनि गर्दछ।), थकित भएर अल्छि लाग्नु, दिशामा रगत (खकार र रगत मिश्रित भएजस्तो प्रकारको दिशा) निस्कने आदि पर्दछन्।

- 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してされています。

※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。



## ○ तल उल्लेखित अवस्था भएकाहरूलाई खोप नलगाउनु होला।

### ○ 次の方は接種を受けないでください

1. ज्वरो आएकाहरू (साधारण ३७.५ डिग्री सि. भन्दा बढि भएकाहरू)
  2. गम्भिर रोग लागेकाहरू
  3. रोटाटेक® आन्तरिक प्रयोगको तरलतामा हुने पदार्थ (विस्तृत जानकारीको लागि डाक्टरसँग सोध्नुहोला) अनुसार अतिसंवेदनशील लक्षणहरू (साधारणतय: खोप लगाएको ३० मिनेटभित्रमा देखा पर्ने श्वास प्रश्वासमा कठिनाइ र शरिर भरि डाबर जस्ता ठूला एलर्जीको असर समावेश) देखा परेकाहरू
  4. इन्टुस्सेप्शन देखा परेकाहरू
  5. इन्टुस्सेप्शन देखा पर्ने सक्ने सम्भावना बढि भएका जन्मजात नै पेट या आन्द्राका रोग भएका र उपचार हाल सम्म नगयेकाहरू
  6. सेभरल कम्बाइन इम्युनोडेफिशियन्सी (एससिआइडी)भएकाहरू
  7. त्यस बाहेक, सम्बन्धित चिकित्सक सँग प्रतिरोकथाम खोप नलिदा राम्रो भनेर भनिएकाहरू
1. 明らかに発熱のある方 (通常は 37.5°C 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がある方
  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

(पछाडि पनि हेर्नुहोला)  
[裏面もご覧ください]

○ तल उल्लेखित अवस्थाका भएकाहरूलाई खोप दिनु अगाडि डाक्टरसँग सल्लाह गर्नुहोला।  
○ 次の方は接種前に医師にご相談ください

1. हृदय रोग, मृगौला रोग, लिभर रोग, रक्त सम्बन्धि रोग, शारिरिक विकासमा समस्या भएका आदि बेशिक रोगीहरू
2. पहिला प्रतिरोक्थाम खोप लगाएको २ दिन भित्र ज्वरो आएका अथवा शरिरभरि रातो दाना आउने जस्ता एलर्जी हुने लक्षण देखा परिसकेकाहरू
3. पहिले कनभुलसन (शरिर काम्ने) जस्ता लक्षण भैसकेकाहरू
4. पहिला इम्मून क्रियाकलाप (रोग प्रतिरक्षात्मक शक्ति कम हुने) भैसकेका रोगीहरू, साथै ति रोग हुन सक्ने सम्भावना भएकाहरू, इम्युनोसप्रेसान्टको उपचार गरिरहेकाहरू र आफन्तहरूमा पहिले देखि जन्मजातनै इम्युनोडेफिशियन्सीका रोग देखा परेकाहरू
5. ग्यास्ट्रोएन्टेस्टिनल बाधा वा पेटसम्बन्धी रोग (सक्रिय रूपको पेट वा आन्द्रामा रोग, दीर्घकालीन पखाला) भएकाहरू
1. 心臟血管系疾患、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がある方
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

○ रोटाटेक® आन्तरिक प्रयोगको तरलताको खोप लगाइसके पछि ध्यान दिनु पर्ने कुराहरू  
○ ロタテック® 内用液接種後の注意点

1. डरलाग्दो एलर्जी पनि हुन सक्ने हुनाले खोप लगाएको कम्तिमा ३० मिनेटसम्म आराम गर्नुहोस।
2. खोप लिइसकेपछि स्वास्थ्यमा केही फरक या परिवर्तनका असर देखा परेमा, तुरुन्तै चिकित्सक सँग सम्पर्क गरि जंचाउनुहोस। खोप लगाए पछि पखाला, बान्ता हुने, ग्यास्ट्रोएन्टेराइटिस हुने, ज्वरो आउने आदि जस्ता असरहरू देखिन सकिन्छ।
3. खोप लगाए पछि इनतुस्सुसेप्सन जस्तो महशुस हुने लक्षण “बारम्बार बान्ता हुने” “निरन्तर रुने, मुड अफ हुने” “थकित भएर अल्छि लाग्नु, दिशामा रगत (खकार र रगत मिश्रित भएजस्तो प्रकारको दिशा) निस्कने” मध्ये कुनै एउटा मात्र लक्षण देखिएमा पनि इनतुस्सुसेप्सन हुन सक्ने सम्भावना छ। सामान्या थाहा भएको अवस्था देखिएमा तुरुन्तै चिकित्सकसँग सल्लाह गर्नुहोला। विदेशी पोस्ट-बजारीकरण अध्ययनहरू अनुसार, खोपपछिको २१ दिनको अवधिमा (प्राथमिक रूपमा ७ दिनको लागि) इन्टुस्सुसेप्शन हल्का उच्च हुन सक्नेछ। यस अवधिमा, सावधानीको आवश्यकता हुन्छ।  
इनतुस्सुसेप्सन लागेको लामो समय सम्म उपचार नगर्नु (१२ घण्टा भन्दा बढि) वा जति ढिला भयो उति आन्द्रा बन्द भएर अवरोध भएको भाग नेक्रोसिस भएर सर्जरी आवश्यक पर्न सक्ने सम्भावना बढ्दै जाने भएकोले घरमा पनि अवस्था हेरी लक्षणहरू निवारण हुने किसिमले ध्यान दिनुहोला। यो इनतुस्सुसेप्सनको उपचार अन्य चिकित्सा संस्थामा गरिएता पनि पहिला खोप लिएको चिकित्सा संस्थामा भने अवश्य जानकारी गराउनुहोला।
4. खोप लगाएको दिनमा कडा ब्ययाम नगर्नुहोला।
5. खोप लगाएको दिनमा स्नान गर्दा कुनै हानि हुदैन।
6. खोप लगाउनु अगाडि र लगाइसके पछि आमाको दूध, ठोस खाना वा अन्य तरल पदार्थ सेवन गराए पनि हुन्छ।
7. खोप लगाए पछि, भाइरस दिसाको माध्यमबाट परिवार, वरपरका व्यक्तित्मा सर्ने सम्भावना हुन्छ। डाइपर फेरेपछि हात राम्रोसँग धुनुहोला। साथै, रोगसंग लड्ने प्रतिरक्षात्मक शक्ति कम भएका रोगी (घातक रोग ट्युमर वा इम्युने बाधा भएकाहरू, इम्युनोसप्रेसान्ट उपचार गरिरहेकाहरू) हरूसंग निकट नजिक र सम्पर्कमा बस्दा खेरी ध्यान दिनुहोला।
8. रोटाटेक® आन्तरिक प्रयोगको तरलताको खोप लगाउने बित्तिकै बान्ता भएमा, त्यस पटकको खोप पुनः दिन आवश्यक छैन। अमेरिकी प्रतिरोध खोप सल्लाहकार समिती (एसीआईपी) का अनुसार, बान्ता गरे पछि पुनः खोप दिइएको कुनै पनि तथ्यांक नभएकोले बान्ता पछि पुनः दिन आवश्यक नभएको बताइएको छ। जापान तथा बिदेशमा गरिएको क्लिनिकल परिक्षण अनुसार पनि, बान्ता पछिको पुनः खोप दिन नपर्ने कुराको प्रभावकारिता र सुरक्षा सम्बन्धि पुष्टि भएको छ।
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考えられています。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、家庭で様子を見て症状を長引かせないようにご注意ください。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。

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。

**अरु भ्याक्सिन खोप लगाउने बारे  
他のワクチンの接種について**

1. तपाईं एकैपटक अन्य खोपहरू लिन चाहनुहुन्छ भने, कृपया चिकित्सा परामर्श लिनुहोस्।
2. अन्य रोटाभाइरस खोपसँगको अनुकूलतासँग सम्बन्धित डाटा उपलब्ध नभएको हुनाले, अर्को रोटाभाइरस खोप भएको क्रम खोप लगाउन हुँदैन।
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。

खोप लगाउने योजना दिन जोड्ने जोड्ने जोड्ने जोड्ने	महिना बजे महिना महिना महिना	दिन ( ) मिनेट तिर दि ( ) मिनेट तिर	चिकित्सा संस्थाको नाम चिकित्सा संस्थाको नाम
--	---	---	--

**[रिफरेस]  
[参考]**

रोटा भाइरस भ्याक्सिनको खोपले स्वास्थ्यमा असर गरेमा, [औषधीको प्रयोगले प्रतिकूल असर हुनेलाई दिने राहत प्रणाली] अनुसार उपचार खर्च पाउन सकिन्छ। विस्तृत जानकारीको लागि डोकुरिचु ग्योसेइ होउजिन इयाकुहिन इर्योउकिकि सोउगोउ किकोउको होमपेज हेर्नुहोला।  
रोटा वाइरस वाकुचिनको जोड्नेद्वारा स्वास्थ्यमा असर परेको अवस्थामा, 「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。

**[औषधीको प्रयोगले प्रतिकूल असर हुनेलाई दिने राहत प्रणाली]  
[医薬品副作用被害救済制度]**

औषधीको उपयुक्त प्रयोग गरिएको भएतापनि, औषधीको प्रयोगले प्रतिकूल असरले हस्पिटलमा भर्ना गरि उपचार आवश्यक र शारीरिक असक्षमता भई देखाएकाहरूको राहत अनुसार उपचार खर्च र सुबिधा, अशक्तता पेन्सन आदि भुक्तानी गरिने प्रणाली हो। त्यसको लागि, चिकित्सकको प्रमाण पत्र, औषधी प्रमाण पत्र आदि आवश्यक पर्दछ। राहत खर्चको मागको सन्दर्भमा, सर्वप्रथम होउजिन इयाकुहिन इर्योउकिकि सोउगोउ किकोउमा सम्पर्क गर्नुहोला।  
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。

**डोकुरिचु ग्योसेइ होउजिन इयाकुहिन इर्योउकिकि सोउगोउ किकोउ**

औषधीको प्रयोगले प्रतिकूल असर हुनेलाई दिने राहत प्रणाली छलफल शाखा फोन न : ०१२०-१४९-९३१(टोल फ्री)  
独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 [https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai\\_camp/index.html](https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html)  
医薬品副作用被害救済制度相談窓口 電話 : 0120-149-931 (フリーダイヤル)

# रोटाभाइरस खोपसँग खोपकरणको लागि परीक्षण प्रश्नावली (RotaTeq® मौखिक समाधान) (स्वैच्छिक खोपको लागि)

## रोटाविरस वाक्चिन (रोटाटेक® 内用液) 予防接種予診票 (任意接種用)

चिकित्सा संस्था प्रविष्टि कोलम 医療機関 記入欄	खोपको पटक 接種回数	पहिलो पटक दोस्रो पटक (□अघिल्लो खोप RotaTeq® मौखिक समाधानसँग उपलब्ध गराइएको थियो भनी पुष्टि गर्नुहोस्) 1 回目 . 2 回目 . 3 回目 (□前回はロタテック® 内用液を接種したか確認)	तेस्रो पटक 3 回目	जन्मे पछिको हप्ताको संख्या 生後 週数	जन्मे पछि 生後 週	हप्ता 週	दिन 日
--	-------------------	--	--------------------	--	----------------------	------------	----------

अभिभावकको लागि : बोलड फ्रेम भित्र  सबै खण्डहरू भर्नुहोला।

保護者の方へ : 太枠内  の箇所にもれなくご記入ください

ज चाउनेको नाम 受ける人 の氏名	(फुरिगाना) (フリガナ)	पुरुष・ महिला 男・女	चेकजाँच पहिले शरिरको तापक्रम 診察前体温	डिग्री 度	मिनेट 分
			जन्ममिति 生年月日	अंग्रेजी साल 西暦	वर्ष 年
अभिभावक को नाम 保護者氏名			फोन नं 電話番号	( )	-
ठेगाना 住所	〒				

पहिलो प्रतिरक्षणको अवस्थामा, कृपया आजको दिन 14 हप्ता भन्दा धेरै भएको छैन र जन्म पछि 6 दिन पुगेको छ भनी प्रमाणित गर्नुहोस्।  
1 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?

चिकित्सा संस्थाको प्रयोगको लागि मात्रै  
(कृपया बाकसमा चिन्ह लगाउनुहोस्)  
医療機関記入欄 (必ず)

प्रश्नावली 質問事項	उत्तर गर्ने लाइन 回答欄			चिकित्सकले भर्ने लाइन 医師記入欄
के यो पहिलो, दोस्रो वा तेस्रो प्रतिरक्षण हो? 今回の接種は何回目ですか	पहिलो पटक 1 回目	दोस्रो पटक 2 回目	तेस्रो पटक 3 回目	
कृपया विगतमा लगइएको खोप मिति प्रविष्टि गर्नुहोस्(वर्तमान खोप दोस्रो वा सोभन्दा पटक हुँदा मात्रै) * अघिल्लो रोटाभाइरसको खोप (RotaTeq® मौखिक समाधान) कम्तीमा 27 दिनअघि प्रबन्ध गरिएको थियो भने कृपया प्रमाणित गर्नुहोस्। 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	पहिलो पटक 1 回目	वर्ष 年	महिना 月	दिन जन्म 日生
तपाईंले इन्ट्रस्ट्रेसोपिन बारे व्याख्या प्राप्त गर्नुभयो र त्यसलाई बुझ्नुभयो? 腫瘍病について説明を受け、理解しましたか	बुझिन いいえ		बुझ्ने はい	
आज लिने प्रतिरोकथाम खोपको बारेमा विवरण लाइन [रोटा भाइरस भ्याक्सिन (रोटाटेक® आन्तरिक प्रयोगको तरलता) को खोप लिन चाहनेहरूका लागि] बारे राम्रो पढि, बुझ्नु भयो? 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	बुझिन いいえ		बुझ्ने はい	
तपाईंको बच्चा हुँदाको अवस्था बारेमा भन्नुहोस्। जन्मदाको तौल 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		
सूतेको हुँदा असामान्य केही भएको थियो? 分娩時に異常がありましたか	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
जन्मसके पछि असामान्य केही भएको थियो? 出生後に異常がありましたか	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
शिशु स्वास्थ्य जाँचमा असामान्य केहि छ भनेर भन्नु भएको छ? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
आज शरिरमा केहि खराबी महसुस भएको छ? ○अपमा विस्तृत रूपमा लक्षण खुलाउनुहोला ( ) 今日、体に具合の悪いところがありますか ○具体的な症状 ( )	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
यो एक महिनाभित्रमा कुनै रोग लागेको थियो? ○अपमा रोगको नाम विस्तृत रूपमा खुलाउनुहोला ( ) 1 カ月以内に病気にかかりましたか ○具体的な病名 ( )	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
यो एक महिनाभित्रमा परिवार वा इष्टमित्र कसैलाई दादुरा, रुबेला (दादुराको एक प्रकार), चिकेन पोस, हाँडे आदि रोग लागेको थियो? ○अपमा रोगको नाम विस्तृत रूपमा खुलाउनुहोला ( ) 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が方いましたか ○具体的な病名 ( )	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
यो 8 हप्ता भित्रमा कुनै प्रतिरोकथाम खोप लिनुभएको छ। ○प्रतिरोकथाम खोपको नाम ( ) 4 週間以内に予防接種を受けましたか ○予防接種名 ( )	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
तपाईंले कहिल्यै इन्ट्रस्ट्रेसोपिनको अनुभव गर्नुभएको छ वा तपाईंलाई कुनै जन्मजात GI इयाक्ट विकार छ जुन निको भएको छैन? * तपाईं उपयुक्त हुनुहुन्छ भने, तपाईं रोटाभाइरस (RotaTeq® मौखिक समाधान) खोप प्राप्त गर्न सक्नुहुन्छ। これまでに腫瘍病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	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
तपाईं कहिल्यै इन्ट्रस्ट्रेसोपिनको रूपमा निदान हुनुभयो, निमोनिया वा ओटाइटिस मिडिया र झाडापखाला लाग्ने जस्ता संक्रमणहरू र आफ्नो शरिरको तौलमा अस्थिरता हुने अनुभव गर्नुभयो? * तपाईं रोटाभाइरस खोप (RotaTeq® मौखिक समाधान) प्राप्त गर्नको लागि सक्षम नहुन सक्नुहुन्छ। 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 * 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	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
जन्मदेखि आजसम्ममा विशेष रोग (जन्मजात असामान्य रोग, इन्तुसुसोपिन, ग्यास्ट्रोटेस्टिनल बाधा वा पेटसम्बन्धी रोग, मुटु, मृगौला, कलेजो, रगत सम्बन्धी रोग, दिमागको नसा सम्बन्धी रोग, इन्टुनोडेफिशियन्सीका रोग तथा अन्य रोग) राम्रो चिकित्सकबाट उपचार गर्दै हुनुहुन्छ? ○रोगको नाम विस्तृत रूपमा खुलाउनुहोला ( ) ○ विशेष डाक्टरले आजको यस प्रतिरोकथाम खोप लिएर राम्रो छ भनेको छ? これまでに特別な病气 (先天性異常、腫瘍病、胃腸障害、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病气、免疫不全症、その他の病气) 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書われましたか	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	
अहिले सम्मको ज्वरो, झाडा पखाला, गला या जिब्रोमा बारम्बार सेतो खटिरा जस्ता आउने जाने, रुचा खोकी चाँडे निको नहुने जस्ता अनुभव गर्नुभएको छ?	बुझ्ने はい		बुझिन いいえ	

Table with 4 columns for health screening questions. Questions include symptoms, allergies, vaccination status, and previous medical history. Response options are 'बुझो' (Don't know), 'हो' (Yes), and 'होइन' (No).

Table for medical history and consent. Contains a section for 'चिकित्सकले भने कोलम' (Doctor's name) and a consent statement in Nepali regarding the vaccine and its safety.

Table for guardian consent. Contains a section for 'अभिभावकले भने कोलम' (Guardian name) and a consent statement regarding the vaccine and its safety.

Table for vaccine details. Columns include 'प्रयोग भ्याक्सिनको नाम' (Vaccine name), 'प्रयोग गर्ने मात्रा' (Dose), and 'कार्यान्वयन भएको ठाउँ' (Administration site). Includes details for RotaTeq vaccine.

यस प्रारम्भिक जाँच फारम, प्रतिरोकथाम खोपको सुरक्षा सुनिश्चित गर्ने लक्ष्य लिइएको हो। माथि लिखित रूपमा भरिएका व्यक्तिगत विवरण प्रतिरोकथाम खोपको बारेमा प्रारम्भिक जाँचका लागि मात्र प्रयोजन गरिन्छ।