

Para aquellos que deseen vacunarse contra el rotavirus (solución oral RotaTeq®)

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

Al llevar a cabo la vacunación, es necesario comprender bien el estado de salud de quienes pueden recibirla. Por lo tanto, lean sin falta la información sobre la siguiente vacuna contra el rotavirus (solución oral RotaTeq®). Adicionalmente, el formulario de vacunación preliminar deberá rellenarse de la forma más detallada posible. Si tiene alguna duda sobre la necesidad o reacción secundaria de la vacuna contra el rotavirus, consulte al médico antes de recibir la vacuna.

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。

○ Acerca de la gastroenteritis por rotavirus

○ ロタウイルス胃腸炎について

- El rotavirus es una de las principales causas de la gastroenteritis que se encuentra en bebés y lactantes y se dice que la mayoría de los niños se infectan a la edad de 5 años. Sin embargo, la tasa de niños mayores de 5 años afectados está aumentando recientemente.
- Su poder infeccioso es fuerte y se cree que es difícil prevenirlo con el lavado de manos normal.
- La gastroenteritis por rotavirus muestra vómitos y diarrea severos y repetidos, que a menudo se acompañan de fiebre, y es probable que sigan sintomáticos durante aproximadamente una semana. Puede ser hospitalizado debido a la gravedad, y también puede causar calambres, encefalitis o encefalopatía para la ocasión rara. Esta enfermedad supone una carga enorme no solo a los afectados sino también a su familia.
- Hay varios tipos de rotavirus en Japón y el tipo que se convierte en epidemia varía de año en año. Los niños que se infectaron con rotavirus podrían verse afectados por otro tipo en el futuro.
- 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しています。
- 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。

○ Información general y efectos de la solución oral RotaTeq®

○ ロタテック®内用液の概要・効果

- La solución oral Rota Teq® es una vacuna pentavalente contra el rotavirus que incluye cepas de virus de 5 tipos.
- La solución oral Rota Teq® es una vacuna dulce y viscosa que vacuna por vía oral a niños de entre 6 semanas* y 32 semanas* de edad tres veces.
 - ▶ Se recomienda realizar la inoculación inicial 14 semanas y 6 días después del nacimiento.
 - ▶ La segunda y tercera inoculación deberán realizarse a intervalos de 4 semanas o más por edad en 32 semanas
- * Los niños mayores de 32 semanas* no pueden ser vacunados.
- * Edad en XX semanas después del nacimiento = el tiempo XX es el mismo día de la semana desde el cumpleaños; por ejemplo, la edad en 32 semanas indica el día 0 (primera fecha) a las 32 semanas de edad.
- Mediante la inoculación de solución oral RotaTeq®, se espera prevenir la gastroenteritis por rotavirus acompañada de diarrea, vómitos, y fiebre. También se ha confirmado que la inoculación tiene beneficios que impiden el uso de las instituciones médicas debido a la gastroenteritis por rotavirus (admisión hospitalaria, visitas a sala de emergencias, y visitas a clínica). Sus efectos preventivos de la gastroenteritis provocada por el rotavirus han sido demostrados en niños de hasta 7 años en un estudio clínico extranjero después de su comercialización. La gastroenteritis por rotavirus no se desarrolla en todas las personas inoculadas.
- 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 週以上の間隔において、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。

○ Acerca de los efectos secundarios de la solución oral RotaTeq[®]

○ ロタテック[®] 内用液の副作用について

- En ensayos clínicos nacionales, se observaron efectos secundarios tales como diarrea (5,5%), vómitos (4,2%), gastroenteritis (3,4%) y fiebre (1,3%) (14 días después de la inoculación).
- De acuerdo con los estudios posteriores a la comercialización, el riesgo de intususcepción* podría ser ligeramente más alto durante los 21 días siguientes a la vacunación (sobre todo durante los 7 primeros días).
- * Enfermedad de intususcepción: Es un estado en el cual una parte del intestino se repliega a otras partes del intestino y se bloquean los intestinos.
- 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。



○ La vacuna no deberá administrarse a las siguientes personas

○ 次の方は接種を受けないでください

1. Si indudablemente tiene fiebre (generalmente más de 37,5 °C)
 2. Aquellas personas que evidentemente padecen una enfermedad grave aguda
 3. Los componentes de la solución oral RotaTeq[®] pueden causar hipersensibilidad (acompañada por lo general reacciones alérgicas graves que incluyen dificultades respiratorias y urticaria sistémica que aparecen dentro de los 30 minutos después de la inoculación) (consulte a su médico para obtener más información)
 4. Las personas que han tenido múltiples problemas de intususcepción
 5. Existe una obstrucción gastrointestinal congénita que puede aumentar la incidencia de intususcepción en aquellos que no están siendo tratados
 6. Personas con inmunodeficiencia combinada grave (SCID)
 7. Además, las personas cuyo médico les haya dicho que es mejor que no se administren la vacuna
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

○ Las siguientes personas deberán consultar a su médico antes de recibir la vacunación**○ 次の方は接種前に医師にご相談ください**

1. Las personas con enfermedades subyacentes tales como enfermedades cardiovasculares, renales, hepáticas, de la sangre, y trastornos del desarrollo
2. Aquellos que han tenido fiebre en los 2 días siguientes a la inoculación de la vacunación y aquellos que han presentado síntomas posiblemente de alergias tales como erupciones cutáneas generalizadas
3. Las personas que han tenido convulsiones en el pasado
4. Aquellas personas que tienen una enfermedad con función inmune anormal, aquellos que son susceptibles a ser afectados, aquellos que están en tratamiento que puede dar lugar a la inmunosupresión, aquellos con pacientes de inmunodeficiencia congénita entre sus parientes cercanos
5. Trastornos gastrointestinales (trastornos gastrointestinales activos, diarrea crónica)
 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

○ Precauciones para inocular el líquido RotaTeq® vía oral**○ ロタテック® 内用液接種後の注意点**

1. Puesto que pueden presentarse síntomas alérgicos intensos, descanse por lo menos 30 minutos después de la inoculación.
2. Si nota algún cambio en la condición física o muestra síntomas anormales después de la inoculación, por favor consulte a un médico tan pronto como sea posible. Después de la inoculación pueden presentarse efectos secundarios tales como diarrea, vómitos, gastroenteritis, fiebre, etc.
3. Después de la inoculación, si hay vómitos repetidos, llanto repetido o mal humor, inanición y presencia de sangre en las heces (heces que contienen sangre y mucosidad), existe la posibilidad de que se presente la enfermedad de la invaginación intestinal. Si hay alguna diferencia con cualquier otro día, busque atención médica inmediata. De acuerdo con los estudios posteriores a la comercialización, el riesgo de intususcepción podría ser ligeramente más alto durante los 21 días siguientes a la vacunación (sobre todo durante los 7 primeros días). Se debe tener precaución durante este período. Por lo tanto, preste especial atención a este período.
A medida que pasa el tiempo después del desarrollo de la enfermedad de intususcepción (más de 12 horas), la parte obstruida del intestino se vuelve necrótica, y se produce un mayor potencial para la necesidad de cirugía. Vea cómo le va en casa y preste atención para no prolongar los síntomas. Si visita otro centro médico para recibir tratamiento, notifique también el organismo médico donde le proporcionaron la vacuna.
4. Evite hacer mucho ejercicio el mismo día de la inoculación.
5. Bañarse el día de la vacunación es seguro.
6. No hay restricciones en los alimentos sólidos y líquidos, incluyendo la leche materna, antes y después de la vacunación.
7. Después de la vacunación, el virus puede infectar a los miembros de la familia ya los que tenga cerca a través de las heces y similares. Después de cambiar los pañales, lávese las manos por favor. Tenga también cuidado cuando esté en contacto cercano con una persona con inmunidad reducida (tumor maligno o persona con trastorno inmunológico, así personas bajo terapia inmunosupresora).
8. Aunque se escupa inmediatamente la solución oral RotaTeq® después de la inoculación, en esta ocasión no es necesario volver a vacunarse. El Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Estados Unidos recomienda que se evite la vacunación adicional cuando se ha escupido porque no hay datos sobre la vacunación adicional. En ensayos clínicos de Japón y del extranjero, se ha confirmado la eficacia y la seguridad mediante un método de prueba que demuestra que no se requiere una vacunación adicional cuando se ha escupido.
 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してされています。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。

Acerca de la inoculación de otras vacunas

他のワクチンの接種について

1. Si quiere que le administren otras vacunas al mismo tiempo, consulte al médico.
 2. Dado que la fecha relacionada con la compatibilidad con otras vacunas contra el rotavirus no está disponible, se debería evitar la vacunación cruzada con otras vacunas contra el rotavirus.
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。

Fecha prevista de vacunación 接種予定日	Mes Hora 月 時	Día () Minutos 日 () 分頃	Nombre de la institución médica 医療機関名	
---------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------	--	--

[Referencia]

[参考]

En caso de requerir tratamiento médico debido a la inoculación de la vacuna contra el rotavirus, es posible que incurra en gastos del tratamiento, etc. según el “Sistema de atención médica para efectos secundarios”. Para obtener más información, visite el sitio web de la Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos.

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。

[Sistema de alivio de efectos secundarios de los medicamentos]

[医薬品副作用被害救済制度]

Es un sistema que proporciona beneficios tales como los relacionados con los gastos médicos, subsidio médico, pensión de invalidez, etc. con el fin de ayudar a las personas que han sufrido daños a la salud, como una enfermedad o trastorno que requiera tratamiento con hospitalización, debido a los efectos secundarios a pesar del uso adecuado de los medicamentos. Para solicitarlo, necesitará un certificado médico y un certificado de la medicación. Para solicitar estas prestaciones, consulte primero a la Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos.

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。

Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos

https://www.pmda.go.jp/kenkouhigai_camp/index.html

Servicio de Consulta del Sistema de Alivio

Número gratuito: 0120-149-931

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)

Cuestionario de criba para la vacunación con la vacuna contra el rotavirus (solución oral RotaTeq®) (para vacunaciones voluntarias)

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)

Solo para la institución médica 医療機関記入欄	N° de inoculaciones 接種回数	1ª dosis · 2ª dosis · 3ª dosis	Días después del nacimiento 生後週数	Semana(s) y Día(s) después del nacimiento 生後 週 日
		(□ Confirme que ya se proporcionó la vacuna anteriormente con la solución oral RotaTeq®) 1 回目 · 2 回目 · 3 回目		

Para los padres: Rellene todas las columnas del recuadro grueso

保護者の方へ：太枠内 の箇所にもれなくご記入ください

Nombre de la persona vacunada 受ける人の氏名	(fonética) (フリガナ)	Hombre · Mujer 男 · 女	Temperatura corporal antes del examen 診察前体温	Grados 分		
			Fecha de nacimiento 生年月日	Año 年	Mes 月	Día 日
Nombre del tutor 保護者氏名			N° de teléfono 電話番号			
Dirección 住所						

Si es la primera inmunización, verifique que la fecha no supera las 14 semanas y 6 días tras el nacimiento.
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？

Solo para la institución médica (Marque la casilla) 医療機関記入欄 (☑を)

Columna de preguntas 質問事項	Columna de respuestas 回答欄			Columna de notas del médico 医師記入欄
	1ª dosis 1 回目	2ª dosis 2 回目	3ª dosis 3 回目	
¿Es la primera, la segunda o la tercera dosis? 今回の接種は何回目ですか				
Introduzca la fecha de las vacunaciones pasadas (solo cuando la vacunación actual es la segunda o posterior) * Verifique que la vacuna contra el rotavirus previa (solución oral RotaTeq®) fue administrada al menos hace 27 días. 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	1ª dosis 1 回目	Año 年	Mes 月	Día 日
¿Recibió información sobre la intususcepción y la entendió? 腸重積症について説明を受け、理解しましたか	No いいえ	Sí はい		
¿Ha leído y comprendido las explicaciones sobre la vacuna que recibe hoy "Para aquellos que desean vacunarse contra el rotavirus (solución oral RotaTeq®)" 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	No いいえ	Sí はい		
Le preguntaremos acerca del historial del crecimiento de su hijo. Peso al nacer 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			
¿Tuvo alguna anomalía durante el parto? 分娩時に異常がありましたか	Sí はい	No いいえ		
¿Tuvo alguna anomalía después del parto? 出生後に異常がありましたか	Sí はい	No いいえ		
¿Le han dicho si han encontrado alguna anomalía en el examen de salud infantil? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sí はい	No いいえ		
¿Se encuentra mal hoy? ○ Síntomas específicos () 今日、体に具合の悪いところがありますか ○ 具体的な症状 ()	Sí はい	No いいえ		
¿Estuvo enfermo este el último mes? ○ Nombre específico de la enfermedad () 1 カ月以内に病気にかかりましたか ○ 具体的な病名 ()	Sí はい	No いいえ		
¿Alguien de su familia o amigos ha tenido enfermedades tales como el sarampión, rubéola, varicela, paperas, etc. durante este último mes? ○ Nombre específico de la enfermedad () 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 ()	Sí はい	No いいえ		
¿Ha recibido alguna vacuna en 4 semanas? ○ Nombre de la vacuna () 4 週間以内に予防接種を受けましたか ○ 予防接種名 ()	Sí はい	No いいえ		
¿Ha sufrido alguna vez intususcepción o tiene algún desorden congénito del tracto GI sin curar? * Si contesta "Sí", no puede vacunarse contra el rotavirus (solución oral RotaTeq®). 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	Sí はい	No いいえ		
¿Ha sido diagnosticado/a alguna vez de inmunodeficiencia, ha padecido infecciones como la neumonía u otitis media y diarrea o ha experimentado una fluctuación en su peso corporal? * Es posible que no pueda vacunarse contra el rotavirus (solución oral RotaTeq®). 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	Sí はい	No いいえ		
¿Ha consultado a un médico sobre enfermedades especiales (defectos congénitos, intususcepción, trastornos gastrointestinales, enfermedades de corazón, riñones, hígado, sangre y nervio craneal, enfermedades de inmunodeficiencia u otras enfermedades) desde que nació hasta la fecha? ○ Nombre específico de la enfermedad () ○ ¿Ha obtenido permiso de su médico para la inoculación protectora de hoy? 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	Sí はい	No いいえ		

¿Alguna vez ha experimentado síntomas como fiebre, diarrea, blanqueamiento de las mejillas y la lengua, o ha experimentado dificultades para curarse de un resfriado? ○ Síntomas específicos () 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 ()	Si はい	No いいえ	
¿Alguna vez ha tenido convulsiones (espasmos)? ○ ¿Tuvo fiebre entonces? ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか ○ その時に熱は出ましたか	Si はい	No いいえ	
¿Alguna vez ha experimentado erupciones cutáneas o urticaria o algo peor en la piel debido a medicamentos o alimentos? ○ Medicina · Nombre del comestible () 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 ()	Si はい	No いいえ	
¿Alguno de sus familiares ha sido diagnosticado con inmunodeficiencia congénita? 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	Si はい	No いいえ	
¿Se ha sentido mal alguna vez después de ser vacunado? ○ Nombre de la vacuna y síntomas () 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 ()	Si はい	No いいえ	
¿Su madre tomó medicamentos inmunosupresivos durante el embarazo? ○ Nombre del medicamento () 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 ()	Si はい	No いいえ	
¿Tiene algún familiar que haya enfermado después de la administración de una vacuna? 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	Si はい	No いいえ	
¿Ha recibido transfusiones de sangre o inyecciones de inmunoglobulina? 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	Si はい	No いいえ	
¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacunación de hoy? 今日の予防接種について質問がありますか	Si はい	No いいえ	

Columna de notas del médico 医師記入欄	Como resultado del cuestionario anterior y del examen, hemos decidido que hoy la vacunación (puede administrarse/es mejor posponerla) He explicado a los padres los efectos de la vacunación, los efectos secundarios (especialmente enfermedad de intususcepción) y sistema de alivio basándome en el método de la Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos Firma o sello del médico () 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 ()
--------------------------------------	---

Recuadro de entrada de los padres 保護者記入欄	¿Desea inocular esta vacuna después de pasar un examen y tener una explicación del médico con la comprensión del propósito, el efecto y la posibilidad de un efecto secundario (especialmente enfermedad de intususcepción) y un sistema de alivio basado en el método de la Agencia de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos? (Sí · No) Firma de los padres () 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 ()
---	--

Nombre de la vacuna aplicada 使用ワクチン名	Cantidad/método de inoculación 接種量・方法	Lugar de administración · Nombre del médico · Fecha de vacunación 実施場所 · 医師名 · 接種年月日
Nombre: Vacuna de rotavirus vivo atenuado pentavalente vía oral solución oral RotaTeq® Nombre del fabricante: MSD Co., Ltd. N° de serie: 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:	Inoculación oral, 2 mL 2 mL 経口接種	Nombre de la institución médica: Nombre del médico: Fecha de vacunación: Año Mes Día 医療機関名: 医師名: 接種年月日: 年 月 日

El objetivo de este examen médico preliminar es garantizar la seguridad de la inmunización. La información personal introducida sólo se utilizará para el examen preliminar sobre la vacunación.
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、予防接種に関する予診のみに使用します。