

BCG 予防接種予診票

診察前の体温	度	分	電話番号
--------	---	---	------

住 所	浦添市		
受ける人の氏名	男	生月 年日	令和 年 月 日生
保護者の氏名	女		(満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について、市町村から配られている説明書を読みましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病 名()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病 名()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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いわれましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのときに熱が出ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 予防接種の種類()	ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6ヵ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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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

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) ※かっ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、本予診票が市町村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	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	規定量をBCG用管針を用いて経皮接種	実 施 場 所
Lot No.	上腕・ (接種部) (位に○)	医 師 名
(注)有効期限が切れていないか要確認	右・左 mL	実施機関名
		接種年月日