

泉南市BCG予防接種予診票

■予診票は接種当日に責任をもって記入し、太枠内の該当項目に当てはまるところを○でかこんでください。

■標準接種年齢：生後5か月の前日～8か月の前日まで

泉南市立保健センター 電話 482-7615

		診察前の体温		度 分	
住 所	泉南市 丁目 番地 号				
(ふりがな) 受ける人の名前	-----		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (か月 日)
保護者の名前	-----		電話番号		()

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	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生児の体重 () 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	あった あった	なかった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか ()	ある	ない	
今日体にぐあいの悪いところがありますか ぐあいの悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
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	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、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	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種月日 (月 日)	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	
その病気をみ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	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () か月頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	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、体のぐあいが悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けてぐあいが悪くなったことがありますか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けてぐあい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BCG接種について質問がありますか	はい	いいえ	
<医師の記入欄> 以上の問診及び診察の結果、今日のBCG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			

<保護者の記入欄> 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) ←※かつ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
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	規定量をBCG用管針を 用いて経皮接種	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日