

泉南市 結核（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。

■対象年齢：生後5か月の前日～1歳の前日まで

（おすすめの接種時期は生後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 072-482-7615

| | | | | | | |
|---------|-----|-------------|----------|---|---|----|
| 住 所 | 泉南市 | 診察前の体温 | | | 度 | 分 |
| (ふりがな) | | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 受ける人の名前 | | | | | | |
| 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 | 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() | あった | なかった | |
| 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() | ある | ない | |
| 最近1か月以内に病気がかかりましたか 病名() | 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 | |
| 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、体の具合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具合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具合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 |