

BCG 予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所	TEL						
(フリガナ) 受ける人の氏名			男・女	生年	平成	年	月 日生
保護者の氏名				月 日	(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（予防接種と子どもの健康）を読みましたか	いいえ	はい	
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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか（ 月 日～ 月 日） 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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ）	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	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（ ）ヶ月頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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はありますか 予防接種の種類（ ）	ある	ない	
近親者に BCG 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	
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（ 可能・見合わせる ） 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか （ 接種を希望します・接種を希望しません ） 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。 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 Lot No.	規定量をBCG 用菅針を用いて 経皮接種	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 平成 年 月 日